

KLINISKA STUDIER

ÖFVER

BUKORGANENS LÄGEFÖRÄNDRINGAR.

AFHANDLING SOM MED TILLSTÅND AF VIDTERFARNA MEDICINSKA FAKULTETEN
I LUND FÖR ERHÅLLANDE AF MEDICINSK DOKTORSGRAD KOMMER ATT
TILL OFFENTLIG GRANSKNING FRAMSTÄLLAS PÅ AUDITORIET N:O 6
LÖRDAGEN DEN 23 JANUARI 1892 KL. 10 F. M.

AF

CARL HILDEMAR HILDEBRAND.

MEDICINE LICENTIAT.

(AFTRYCK UR LUNDS UNIVERSITETS ÅRSSKRIFT, TOM. XXVII.)

LUND 1892.

BERLINGSKA BOKTRYCKERI- OCH STILGJUTERI-AKTIEBOLAGET.

Inledning.

"Utrycket "kronisk magsjukdom" är bland "bildade" tillräckligt spriddt för att göra öfverflödig en längre förklaring; jag menar den långa serie företeelser, som börja med oregelbunden afföring, digestionsrubbing, obehagliga förnimmelser i underlivet, allmän förstämning och sluta med fullständig hypokondri, hysteri etc. Intet sjukligt tillstånd är vanligare, intet kan fröjda sig åt större uppmärksamhet, emedan intet lättare leder till iakttagelse af sig sjelf och därför vid bristande naturvetenskaplig bildning till receptdilettantism; intet tillstånd har därför framkallat och spriddt så många teorier utgångna från läkare, qvacksalfvare och laici" — — —. Med tankegången i denna *Virchows* ¹⁾ framställning torde väl de flesta vilja instämma.

De första säkra stödje- och utgångspunkterna för att få reda i vimlet af dessa oftast föga karakteristiska symptom, erhöles från den patologiska anatomien. Man fick efter hand utredt, att i vissa fall af besvär från bukens organ förekommo fullt karakteristiska, till sin natur bestämbara och från hvarandra skiljbara anatomiska förändringar. Genom samarbete mellan klinici och anatomer kom man äfven derhän, att man kunde vid dessa olika anatomiska förändringar utskilja olika kliniska bilder och således redan före den dödliga utgången sätta en riktig anatomisk diagnos; och härmed var första hörnstenen lagd till grunden för en vetenskaplig klinisk medicin på detta område.

Förhoppningarne voro stora, men svårigheterna visade sig vara större; det visade sig ofta vara synnerligen svårt att hålla de kliniska bilderna i sär, och ej sällan jäfvades den kliniska uppfattningen vid autopsien. Vidare visade sig

¹⁾ Virchow, historisches, kritisches und positives zur Lehre der Unterleibsaffectionen. Archiv für path. Anatomie und Physiologie und für kl. Medicin. Bd. 5. 1853.

att för en del symptom, hvilka för patient och läkare voro i det särskilda fallet de mest framträdande, gaf den patologiskt anatomiska undersökningen negativt resultat, och af praktiska skäl infördes den kliniska benämningen funktionella sjukdomar, d. v. s. de, der man med för ögonblicket för handen-
varande metoder ej kunde påvisa en anatomisk orsak; oftast sökte man förklara dem genom funktionsförändringar af nervsystemet. Man var dock väl i de flesta fall redan från början medveten om att detta endast var en benämning, som i sjelfva verket intet sade, och alla medicinska forskare hafva väl haft till mål att mer och mer begränsa området för de funktionella affärerna.

Detta har ock delvis lyckats redan med stöd af den gamla grundvalen, ty det visade sig att med förbättrade undersökningsmetoder å alla håll, kunde i många fall en patologiskt anatomisk orsak påvisas der denna ej förr blifvit funnen. Voro svårigheterna stora, när det gällde att diagnosticera sjukdomar, der symptomen voro mera enslags, tydande på mer bestämd lokalisation på ett visst område, så blefvo de betydligt större när det gällde sjukdomar med symptom af mera allmän art, mångfaldiga och vexlande. Här gällde det ej blott att bestämma den väsentliga sjukdomen, utan att, utgående från denna, ordna hela serien symptom i en logisk följd beroende på orsak och verkan, men i hvilken ända skulle man börja, hvad var orsak och hvad verkan eller kanske symptomen ej alls hängde tillsammans utan berodde på flere grundsjukdomar.

För att vinna större klarhet i förhållandena, sökte klinici efter hjälp från annat håll och det föll då af sig sjelf att de skulle söka denna hos den andra af de grundläggande medicinska vetenskaperna, nämligen fysiologien. De sökte i den kliniska undersökningen införa de fysiologiska experimentella metoderna, så väl de fysikaliska som kemiska, och de gjorde detta i syfte att dels genom dessa få hjälp vid fastställandet af de anatomiska förändringarne, dels der sådana ej kunde påvisas söka frambringa en patologisk-fysiologisk diagnos. Mot principen göres väl numera ingen anmärkning; med afseende på resultaten hafva uppfattningarne varit betydligt vexlande, stundom väl gående till ytterligheter å begge hållen, å ena sidan allt för stor entusiasm, å andra för starkt misstroende. Bedömer man saken sansadt, så torde det väl vara utom tvifvel att samarbetet mellan den kliniska medicinen och patologiska fysiologien medfört i många fall synnerligen godt resultat, medfört klarhet och reda såväl med afseende på diagnos och kanske mest med afseende på behandling; och

att man för närvarande med dess hjälp i några fall kan komma till rätta, der den patologiska anatomen lemnar i sticket. Så t. ex. är det väl bekant att det finnes vissa besvärligheter från ventrikeln framträdande i följd af att magsaften är för starkt sur. Men naturen af denna för starka syrehalt, om den beror på anhopning af jäsningssyror eller på för stark afsöndring af saltsyra, kan ej under lifvet bestämmas fullt säkert utan med hjälp af en fysiologiskt-kemisk undersökning. Och äfven vid autopsien har man för närvarande inga säkra tecken för att särskilja fallen; och dock är behandlingen i det ena eller andra stundom den diametralt motsatta.

Särskild nytta af metoden har man äfven i dessa och andra fall, der pat. lida af besvärligheter, ofta kroniska, utgående från bukorganen, hvilka besvärligheter ej äro af den natur att de i och för sig medföra döden, men bereda många kval; der kan man med den fysiologiska metoden tid efter annan följa förloppet, iakttaga dess växlingar och derefter rätta behandlingen. Denna blir nog ofta endast symptomatisk, men kan som sådan vara af stor nytta, emedan den kan bidraga att afbryta en annars sig lätt bildande *circulus vitiosus* och sålunda indirekt medföra ett verkligt återställande.

Under bemödandet att finna fast botten för den kliniska iakttagelsen af "magbesvären", har man äfven vändt sig till ett område af den patologiska anatomen, som delvis eller kanske rättare tidvis mindre tagits i betraktande, nämligen, lägeförändringar eller abnorm rörlighet af bukens organer. Vissa af dessa äro i sjelfva verket ihärdigt och med stor uppmärksamhet studerade sedan länge, nämligen förändringarne vid bräck och ileus. Dessa äro af så särskildt utpreglad natur och af så stor vikt, att de mer än väl äro värda den dem egnade *särskilda* behandlingen och de komma ej alls att upptagas i planen för detta arbete. Äfven har jag i allmänhet ej upptagit till undersökning de fall der organens lägeförändringar äro beroende på sjukliga förändringar af desamma liksom jag uteslutit lägeförändringarne af genitalorganen.

Det är en viss abnorm rörlighet, åtföljd af mer eller mindre konstant lägeförändring hos några af bukens organ (njure, lever, ventrikel och tarm), för öfrigt friska, och särskildt de besvärligheter hvilka möjligen kunna vållas häraf, som jag gjort till föremål för några kliniska undersökningar. Jag har sökt belysa min framställning med sjukdomsberättelser, dels tagna ur litteraturen, dels från egna undersökningar. Materialet för dessa senare har jag till största delen fått under mitt vistande vid universitetspolikliniken i Berlin. Genom tillmötes-

gående af dess föreståndare Geheimrath Prof. Dr. Senator och hans assistent Doc. Rosenheim, bereddes mig tillfälle, att sjelf i första hand undersöka till polikliniken kommande pat., att utvälja och sjelf fortfarande undersöka de för mitt studium lämpliga fallen; för detta tillmötesgående beder jag här få uttrycka mitt förbindliga tack.

Kliniska studier öfver bukorganens lägeförändringar.

Af

C. H. HILDEBRAND.

Rörlighet eller förskjutning af vissa bukens organer, för öfrigt friska, yttrar sig nästan alltid som en sänkning, man talar därför om nefroptosis, hepatoptosis, gastroptosis och enteroptosis, samt, om lägeförändringar träffa flere organ samtidigt, splachnoptosis. Bedömandet af dessa fall erbjuder för närvarande betydliga svårigheter. Osäkerheten är stor i flere hänseenden. Dels råda ofta olika uppfattningar om de rent anatomiska förhållandena, dels är den uppmärksamhet, som egnats dem af klinici på det hela taget temligen sporadisk, och ännu långt ifrån upparbetad och slutligen lemnar samarbetet mellan klinici och de patologiska anatomerna synnerligen mycket öfrigt att önska. Stundom påvisas vid liköppningar en del sådana lägeförändringar såsom ej varande ovanliga, men de kliniska berättelserna lemna inga bidrag som kunna klargöra, i hvad mån derigenom under lifvet framkallats mera framträdande symptom. I dessa fall har ofta lägeförändringen varit omöjlig att kliniskt iakttaga, i andra fall har man ej riktat sin uppmärksamhet derpå. Ibland är organets rörlighet rätt ofta observerad vid sjukbädden, men till antalet af dessa observationer stå antalet beskrifningar från liköppningarne ej i något nämnvärdt förhållande.

Orsaken till denna osäkerhet är temligen klar. Dessa sänkningar kunna oftast ej iakttagas utan att man, så väl kliniskt som patologiskt anatomiskt, alldeles särskildt har sin uppmärksamhet fästad derpå. Detta orsakas till stor del deraf, att de vanligen ej äro konstanta utan beroende på kroppens ställning,

i en ställning tydligt utpreglade, i en annan intaga organen mer eller mindre sitt normala läge. Dessutom äro dessa lägeförändringar af de friska organen, äfven om man antager att de under lifvet bereda en del, kanske svåra obehag, ej i och för sig dödande, och om de finnas hos en person der lifvet håller på att fly eller redan har flytt, så är det helt naturligt att de få stå tillbaka för andra mera framträdande, viktigare och kanske intressantare förändringar.

Intet under således, att de olika beskrifningarne, angående samma organ, ofta gå vidt isär och stundom äro hvarandra rakt motsatta, såväl hvad ætiologi som hvad symptom och förlopp beträffar. I allmänhet finnas dessa meddelanden spridda i en mängd tidskrifter eller mera sammanfattande monografier och vanligen behandlas lägeförändringar af hvarje särskildt organ för sig, med försök att utreda orsaken till densamma, samt de symptom som kunna framkallas af denna sänkning i och för sig eller genom en möjlig dess inverkan på funktioner af andra organ.

För närvarande mest omordad är sänkning af njurarne, den ene eller begge: rörlig njure, vandrande njure. Under allra sista tiden hafva iakttagelserna häröfver ökats högst betydligt och den betraktas numera af mången såsom en ganska vanlig företeelse. Angående orsakerna visa sig åsigterna synnerligen vexlande och likaledes angående de besvär, den rörliga njuren kan medföra. Att den i vissa fall kan medföra stora besvär och åstadkomma symptom af synnerligen oroande art, såsom vid den s. k. njurinklämningen, är säkert, men äfven fränsedt denna, mera sällsynta företeelse, synes den genom sin rörlighet stundom kunna framkalla smärtor och obehag. Särskildt ifrig har man varit att söka utforska huruvida den skulle kunna inverka på och förorsaka sjukliga förändringar hos andra organ, speciellt ventrikeln.

De olika författarne hafva ofta de mest diametrala åsigter, än är den rörliga njuren af alldeles ingen betydelse, än göres den ansvarig för så godt som alla de besvär, som förekomma hos en dermed behäftad person.

Betydligt färre äro iakttagelserna angående den rörliga lefvern, hvilkens sällsynthet bekräftas deraf, att nästan hvarje författare, som påträffat blott ett enda fall, anser sig manad att publicera detta. Derför har man synnerligen svårt att bilda sig en enhetlig bild af de besvär den förorsakar. Oftast tyckas dessa ej vara några sui generis, utan sammanfalla med dem, som förorsakas af hvarje större, rörlig tumör, och den sänkta lefvern har väl ej så sällan blifvit förvexlad med sådana af annan natur.

Framställningen af den dislocerade, sänkta ventrikelns betydelse är ett så godt som fullständigt obearbetadt område. Man finner blott stundom en och annan påpekning härom, annars omnämnes sänkningens förekomst endast i förbigående, utan det minsta yttrande om hur den fysiologiskt-patologiskt förhåller sig; i andra fall sammanställas utan vidare den dislocerade ventrikeln med den dilaterade, med gastrektasien. Här finnes nog en lucka att utfylla. Det synes mig som om den dislocerade ventrikeln i och för sig ej framkallade några slags besvär, särskildt ej af dyspeptisk art. Det finnes åtminstone personer med fullständigt utbildad dislokation af ventrikeln, så att man vid undersökningen kan fullt tydligt se och för öfrigt bestämma så väl *curvatura major* som *minor*, och hvilka ej förete några som helst vare sig subjektiva eller objektivt påvisbara besvär från sin ventrikel. Att saken blifvit så litet utredd beror nog derpå, att dels är bestämmandet och särskiljandet af en enkel dislokation från en del andra ventrikelförändringar särskildt megalogastrien och gastrektasien som regel betydligt svårt och lyckas med fullständig säkerhet endast i vissa särdeles utpreglade fall, dels att just dessa ej förekomma bland de pat. som komma och klaga öfver magbesvär. Ty hos dem, som komma med denna klagan och der man genom den får uppmärksamheten riktad på ventrikeln, kan man i de allra flesta fall påvisa en allvarsammare affär t. ex. atoni eller gastrektasie, hvartill en möjligen förhandenvarande dislokation naturligtvis i betydlig grad disponerat. Endast genom att konsekvent undersöka en mängd personer, som ej alls klaga öfver sin mage, utan söka bot för helt andra lidanden, skall man finna, att de rena och symptomfria fallen af dislokation af ventrikeln ej äro så sällsynta.

Med dislokation af ventrikeln följer väl oftast en dislokation af tarmarne, särskildt tjocktarmen. Har patienten besvärligheter från sin buk, kan det väl ofta vara svårt att afgöra hvilka af dessa, som äro uteslutande att tillskrifva en lägeförändring af det ena eller andra organet. Från patologisk-anatomisk sida framhålles lägeförändringen särskildt af colon som en synnerligen vanlig företeelse. Under lifvet är den synnerligen svår om ej omöjlig att med någon slags säkerhet bestämma, och klinici hafva i allmänhet ej haft något svar på den påvisning, som de fått från autopsierna. Frågan har dock åtminstone tidvis varit under debatt och fränsedt de försök till förklaring öfver den inverkan lägeförändringen kan hafva på tarmens funktion, som förekommit, hafva särskildt äldre psykiatrici med stort intresse sökt utreda förhållandet mellan dislokation af tarmen och hypokondrien eller melankolien.

På allra sista tiden har denna betydelse af sänkning af tarmen, särskildt af colon ånyo upptagits till diskussion. I Frankrike har framkommit en lära om tarmsänkning eller enteroptos såsom den primära och hufvudsakliga anatomiska orsaken till en hel del allmänna symptom, hvilkas förklaring förut varit dunkel.

Genom enteroptosen eller den deraf förorsakade allmänna splachnoptosen skulle framkallas en mängd besvär, allmänna och lokala af nervös och nervöst dyspeptisk karakter, och denna läras förfäktare framställa som sitt slutpåstående att enteroptosen är en bestämd sjukdom (entité morbide) och i denna hafva de funnit den anatomiska orsaken till den nervösa dyspepsien och neurastenien ¹⁾.

Frågan har väckt en liflig diskussion särskildt i Frankrike, men äfven delvis i Tyskland. Entusiasterna hafva varit hänförda och profeterat, att den nya läran skall gå segrande till efterverlden förenad med sin uppfinnares namn och de kalla den för "maladie de Glenard"; de fleste andra hafva förhållit sig betydligt reserverade och deras yttrande går väl mest i riktning af tvifvel.

Att sådan sänkning af tarmen och öfriga organ kunna framkalla besvär är ju möjligt och troligt, men hela kausalförhållandet i läran om enteroptosen synes ej tillfredsställande bevisadt och fall finnas med sänkning af så godt som samtliga bukens organ, der ej förekommer hvarken dyspepsi, ej heller nervositet eller neurastenie; detta så vidt ej jemte sänkningen förekomma andra förändringar, särskildt af ventrikeln. Förekommer jemte ventrikelsänkningen äfven gastrektasie, så finnas naturligen en mängd symptom särskildt dyspeptiska och väl ofta äfven nervösa i lägre eller högre grad, men i denna komplex blir väl fortfarande gastrektasien det väsentliga och icke de derjemte förekommande sänkningarne.

¹⁾ — — — "une éclatante confirmation de la justesse de l'interprétation pathogénique qui fait de la neurasthénie le syndrome de l'entéroptose." Glenard. *Revue de medecine*. 1887. s. 64.

Rörlig njure och rörlig lever.

I den allmänna benämningen rörlig njure inbegripas både det tillfälle, då njuren är ständigt dislocerad, och det, då den omvexlande intager sin normala plats, eller är mer eller mindre aflägsnad från densamma, detta beroende på de yttre omständigheterna. Den dislocerade njuren ligger aldrig på sin rätta plats, men kan för öfrigt vara fixerad eller rörlig; den är oftast kongenital, och man kan då vanligen iakttaga äfven andra anomalier, såsom en qvarstående lobering af densamma, en sammanväxning af begge njurarne till en, s. k. hästskonjure, begge njurarnes läge på samma sida (Rokitansky ¹), abnormt läge eller ursprung för ureterer och kärl; äfven finner man stundom anomalier med afseende på tarmarnes utveckling. Den kongenitalt dislocerade njuren är oftare venstersidig än högersidig.

Den njure, som stundom kan intaga rätt plats men är rörlig, kan röra sig bakom peritoneum, rörlig njure i egentlig mening (Litten ²), Newman ³) m. fl.) eller också röra sig inne i bukhålan i följd af att den är försedd med ett mesonefron, vandrarenjure. Denne sistnämnde anses af somliga (Litten, Newman) vara kongenital, andra anse äfven den vara förvärfvad (Landau m. fl.). Somlige skilja på olika grad af rörlighet och säga att en njure har en rörlighet af 1:sta, 2:dra, etc. graden (Ewald-Kuttner, Glenard), beroende på den större eller mindre del af njuren, man kan känna vid palpation. Bestämningen synes ej medföra någon särskild nytta, och förefaller mig temligen svår att med något så när noggrannhet utföra, beroende på en del yttre omständigheter, särskildt de olika patienternas förmåga att kunna tillräckligt inspirera. Under det alla andra tyckas vara öfverens om, att vid inspirationen njuren rör sig nedåt från sin normala plats, antager Litten (l. c. s. 299) att njuren är dislocerad uppåt och vid inspiration går ned till sin normala plats: "Njuren tryckes uppåt under diafragma, mellan bakre bröstväggen och levern, och den undre ändan af njuren påträffas, under dessa för-

¹) Lehrbuch der pathologischen Anatomie. III Bd. 1861. s. 319.

²) Ueber die Zusammenhang von Erkrankungen des Magens mit Lageveränderungen der rechten Niere. Verhandl. des Congr. f. innere Med. 1887.

³) On malpositions of the kidney. Glasgow med. Journal 1883, cit. eft. Virchow & H:s Jahresberichte.

hållanden, på den plats, hvarest normalt den öfre ändan har sitt läge, och njuren har således ryckt uppåt ett stycke lika långt som dess egen längd".

Kännedomen om enstaka fall af *förvärfvad* rörlig njure har funnits sedan länge. Den, som först bragte densamma till mera allmän kännedom, var Rayer (1841); derefter följde spridda anföranden angående enstaka fall, så att Fritz (1859) kunde ur litteraturen sammanställa 35 fall ¹⁾. Under de senare åren har antalet undersökningar varit synnerligen talrika. Ju mer uppmärksamheten riktats på, att undersöka på rörlig njure, desto större antal har man funnit, och då den förr ansågs temligen ovanlig, anses den numera förekomma synnerligen ofta. Uppgifterna angående hur ofta, den är att påträffa, äro naturligtvis betydligt vexlande och osäkra, då exakta uppgifter skulle fordra att man undersökte hvarje fall på rörlig njure, och förutsätta att man hade synnerligen stort material. Oser ²⁾ anser att en förskjutbarhet af njuren, åtminstone så pass, att man kan tydligt palpera den ena polen, är regel hos qvinnor som födt barn och hafva slappa bukväggar. Detta anses dock af många ej kunna räknas till rörlig njure, utan att man kan under särskilda förhållanden palpera äfven en fullt normalt liggande njure (Israel ³⁾, Landau ⁴⁾). Lindner skattar dess förekomst hos fruntimmer till c:a 16—20 % och med honom instämmer Kuttner-Ewald ⁵⁾; äfven Litten anser den rörliga njuren synnerligen vanlig. Deremot anger Senator den förekomma i knappast 1 % och han och Guttman ⁶⁾ betvifla högeligen riktigheten af Ewald-Kuttners resultat. För egen del kan jag ej alls angifva några siffror, men nog förekommer den betydligt oftare än enligt Senators uppgift.

Alla äro öfverens om att den är betydligt vanligare hos qvinnor än hos män och, att hos barn, den förvärfvade rörliga njuren är en sällsynthet.

Uppgifterna äro något vexlande, men från olika författare framgår att förekomsten hos qvinnor ligger mellan 80 à 99 % af fastställda fall. Den har iakttagits afgjort talrikast hos patienter i en ålder mellan 30 och 40 år och är före det 20:de året sparsamt till finnandes.

¹⁾ Landau. Die Wanderniere der Frauen. Berlin 1881, der utförlig historik finnes. Synnerligen utförlig litteraturförteckning finnes hos Sulzer, Ueber Wanderniere und deren Behandl. durch nephroraphie. D. Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 31. 1891.

²⁾ Die Ursachen der Magenerweiterung etc. Wienerklinik 1881. h. 1.

³⁾ Ueber palpation gesunder u. kranken Nieren. Berl. kl. Wochenschr. 1889. N:o 7.

⁴⁾ Berlin kl. Wochenschrift 1890. N:o 18. s. 414.

⁵⁾ Ueber palpable Nieren. Berlin kl. Wochenschr. 1890, s. 342, 363, 391, 404.

⁶⁾ Berlin kl. Wochenschrift 1890, s. 414, 435.

Den högra njuren är oftare rörlig än den venstra och mera sällsynt är att begge äro rörliga. Olika författare hafva konstaterat rörlighet hos högra njuren i 63 å 100 %, hos den venstra i 2 å 22 % och dubbelsidig rörlighet i 4—16 %¹⁾.

Dessa olikheter anses bero på de olika ætiologiska moment, som betinga rörligheten. Landau²⁾, Senator m. fl., fästa särskild vikt vid att rörlig njure förekommer oftare hos dem, som födt barn, särskildt om barnsängarne kommit tätt på hvarandra. Bland Landau's fall (45 st.) hafva 69 % födt barn, vanligtvis upprepade gånger, 6 % hafva ej födt, angående de öfrige var förhållandet ovisst. Emot honom står Lindner³⁾, som har 46 % omföderskor, 18 % förstföderskor och 36 % som ej hafva födt; Kuttner⁴⁾ har 46 % omföderskor, 10 % förstföderskor och 43 %, som ej hafva födt.

Helt olika mot de kliniska iakttagelserna angående frekvensen af rörlig njure gestalta sig iakttagelserna vid obduktionerna⁵⁾. Der uppgå antalet beskrifna fall af rörlig njure till 0,07 å 0,4 %; endast Fischer-Benzon⁶⁾, som särskildt riktadt sin uppmärksamhet på att undersöka förhållandet, uppgifver från 2 olika undersökningsserier 17 å 8 %.

För att diagnosticera rörlig njure har man ej annat medel än palpation. Visserligen kan i vissa fall njuren afteckna sig genom bukväggen, men medelst inspektion kan man endast bestämma den möjliga tillvaron af en tumör, angående dess natur får man inga upplysningar. Sättet att palpera har ofta blifvit i detalj beskrifvet, och särskildt fransmännen söka detaljera de olika förnimmelserna vid densamma. Någon särskild nytta af detta systematiserande har man ej. Är njuren dislocerad kan den ofta utan vidare palperas och man försöker då säkra diagnosen genom att bestämma tumörens form, särskildt karakteristiskt är om man kan bestämma urhålkningen af hilus och ännu bättre om man kan, som lär händt, känna pulsationen af njurarteren. I de flesta fall är njuren ej utan vidare kännbar, åtminstone ej i någon nämnvärd grad. Man lägger då ena handen i patientens lumbaregion och under det man låter honom taga en djup inandning, palperar man med den andra handen helt lätt öfver om-

1) Utförliga tabeller öfver de särskilda författarnes uppgifter finnas hos: Landau, Die Wanderniere, sid. 12 ff.; Kuttner l. c. sid. 364; Sulzer l. c.

2) l. c. sid. 103.

3) cit. eft. Sulzer l. c.

4) l. c. sid. 365.

5) Landau l. c. sid. 15, Senator, Chorité Annalen. Bd. XIII. 1881. Sulzer l. c.

6) cit. eft. Sulzer, l. c.

rådet på sidorna af epigastrium och nedåt naveln. Man känner då, när patienten gör en stark inspiration en tumör glida ned mellan händerna, som vid expirationen går tillbaks och ofta äfven under inspirationen vid helt lindrig beröring glider undan. Just detta undanglidande anses särdeles karakteristiskt för njuren. I vissa fall kan man hafva hjälp af ett bestämt läge af patienten t. ex. å motsatt sida af den, på hvilken man vill undersöka njuren eller i upprättstående ställning. Vill man närmare bestämma tumörens beskaffenhet så kan man med ena handen taga ett fullt grepp om patientens sida, med de fyra fingrarna i lumbalregionen och tummen framtill, när då tumören glidit ned så pressar man tummen in under reffbensranden och kan derigenom hålla tumören dislocerad och tillgänglig för närmare palpation af andra handen. Palpationen framkallar vanligtvis ett visst obehag hos patienten, men ej någon egentlig smärta och ej någon specifik förnimmelse.

Felkällorna äro många. Fränsedt att man genom lämpliga anordningar och genom öfning kan utesluta partiella kontraktioner af bukmuskulerna och tillvaron af exkrementmassor, så återstå dock anledningar till misstag. Framför allt är det förändringar af lefvern och gallblåsan, som gifva anledning till misstag och det fins många fall i litteraturen, der en genom snörning afskiljd flik af lefvern blifvit tagen för rörlig njure, och likaledes med gallblåsan; äfven tvärt om har, hvad man uppfattat som förändring af gallblåsan visat sig vara en dislocerad njure (Lindner¹). Äfven förvexling med tumörer utgående från genitalorganen har förekommit²). Egentligen har man att genomgå hela differentialdiagnosen angående tumörer i bukhålan (på hvilket jag här ej kan ingå), äfven om, som här, man förutsätter en för öfrigt fullt normal njure. Är den rörliga njuren sjukligt förändrad så faller den ännu mera inom området för kirurgien.

Utom palpation har man äfven försökt använda perkussion för att bestämma njurens läge. Metoden användes först af Piorry, sedan af Vogel och Gerhard³). Denne framhåller att man bör perkutera i lumbalregionen, får bestämma öfre och nedre gränserna för lefvern och mjälten; nedanför dessa sistnämnde får man längre utåt tympanitisk ton härledande sig från colon och ventrikel. Perkuterar man längs undre kanten af lever- och mjältgränsen,

¹) Einige Bemerkungen zur Pathologie und Therapie der Wandorniere. D. med. Wochenschr. 1884. N:o 15.

²) Landau l. c. sid. 80.

³) Gerhard, Lehrbuch der Auscultation und Percussion. 1890. sid. 157.

utgående från axillarinien och inåt ryggradspelaren, så erhåller man på begge sidor, ungefär tre finger från ryggraden, ett område med dämpad ton, som omedelbart ansluter sig till lefver- och mjältdämpningen, och som, om nedre gränsen kan bestämmas, sträcker sig ned till crista ilei. I detta percussionsområde inbegripes dock ej ensamt njuren utan äfven dess fettkapsel. Gerhard framhåller att hos feta personer perkussionen kan vara utan resultat; de bästa resultaten anser han sig hafva fått vid diagnosticerandet af börjande njurtumörer, genom ökad dämpningsområde, i fall der palpation ej gifvit tillfredsställande resultat, deremot är han betydligt mera försigtig med afseende på metodens nytta, då det gäller att diagnosticera rörlig njure.

Guttmann ¹⁾ förhåller sig synnerligen reserveradt gentemot nyttan af perkussion af njuren. Han framhåller att man alltid i dämpningsområdet får med fettkapseln, att man ej kan bestämma öfre, inre eller nedre gränsen utan endast en del af yttre, att hos muskulösa eller feta personer, samt de med uppdrifven colon med mjält- eller lefverförstoringar metoden är omöjlig; han tycktes dock förr medgifva att den kan komma ifråga vid dislocerad njure (olika percussionsresultat på olika sidor) samt vid njurtumörer. Men senare ²⁾ säger han uttryckligen att han ej fäster det minsta värde på perkussionsresultatet vid rörlig njure. Samma omdöme gifver han angående perkussion vid njursjukdomar i allmänhet. Endast i enstaka fall t. ex. vid stor njursvulst kan den understödja öfriga undersökningsmetoder, men i de flesta fall är njurperkussion helt och hållet värdelös.

Weil ³⁾ framställer som resultatet af undersökningar på lik och lefvande, att den s. k. njurdämpningen ej har något med njuren att skaffa utan framkallas mest af muskulaturen och andra förhållanden.

Särskilda undersökningar hafva gjorts af Israel ⁴⁾ på lik och lefvande. Han fick fullständigt otillfredsställande resultat. Yttre gränsen för dämpningen ligger oftast betydligt innanför yttre njurgränsen, kan till och med sammanfalla med inre gränsen. Öfre kanten af njuren ligger oftast dold af lefverdämpningen och nedre kanten får man att ligga för långt ned, detta beror ej på fettkapseln, ty äfven vid tillfällen där ej sådan fans, fick man gränsen för låg. Anser att perkussionsresultatet beror ensamt på förhållandet mellan mu-

¹⁾ Guttmann, Lehrbuch der klinischen Untersuchungs-Methoden. 1881. s. 379.

²⁾ Berliner kl. Wochenschrift. 1890. N:o 18. s. 414.

³⁾ Weil, Handbuch und Atlas der topographischen Percussion 1880, s. 179.

⁴⁾ Hospitalstidende 3:die Række. Bd. V. N:o 21. 1887. Der fins utförlig litteratur.

skulaturen och tarmens mer eller mindre uppdrifning. Anför en sjukdomsberättelse med venstersidig dislocerad njure, der perkussionsresultatet öfver begge lumbalregionerna var synnerligen vexlande från dag till dag, än mera dämpadt å höger än å venster.

Angående orsakerna till njurens rörlighet äro åsigterna synnerligen vexlande, först och främst därför att åsigterna öfver det sätt, hvarpå njuren hålles kvar i sitt normala läge, ej stämma öfverens. Under det somliga lägga hela vigten vid den anatomiska anordningen (Weisker ¹⁾ m. fl.) så fästa andra härvid mindre afseende utan framhålla andra fästemedel, de s. k. fysikaliska. De förnämste förfäktarne af dessa äro Landau ²⁾ och Senator ³⁾. Landau talar om diafragmas aspirationskraft, hvilket uttryck väl faller på sin egen otydlighet. Begge två, och flere andra (Schatz, Fischer-Benzon m. fl.) fästa särskild vikt vid det intraabdominella trycket. Senator säger: "Bland alla bukorganen är det njurarne, som genom det positiva trycket i buken pressas mot en föga eftergiflig vägg och der fasthållas, mer än något annat organ. Äfven om detta inte är det enda fästemedlet så är det dock ett synnerligen väsentligt, genom hvars bortfallande njurens rörlighet betydligt tilltager".

Weisker ⁴⁾ har genom försök, utförda på Ludwigs laboratorium, sökt visa att, för så vidt bukpressen ej användes, öfverhufvudtaget ej något positivt tryck i buken förekommer, och framför allt framhåller han, att äfven om det funnes ett aldrig så stort positivt tryck, så skulle detta vara utan verkan på organens fasthållande vid deras platser, emedan trycket verkar på dem från alla sidor; ett antaget positivt intraabdominellt tryck skulle nämligen framkallas genom spänningen i den bukhålan omgifvande muskelapparaten.

Såsom fasthållande njuren har från flere håll framhållits trycket af tarmarne; hållas dessa genom en elastisk bukvägg mera tätt tryckta mot hvarandra, så skulle de hindra andra organer såsom lever och njure att lemna sina platser. Weisker ⁵⁾ förnekar denna förmåga hos inelfvorna att stöda hvarandra och anser, att om inga fasta anatomiska apparater förefunnes, så skulle

¹⁾ Path. Beziehungen der Nierenvander zur Gallenblase und ihren Ausführungsgängen. Schmidts Jahrbücher. Bd. 220. 1888. sid. 255.

²⁾ l. c. sid. 10.

³⁾ l. c. sid. 307.

⁴⁾ Bemerkungen über den sogen. intraabdominalen Druck. Schmidts Jahrbücher. Bd. 219. s. 277.

⁵⁾ l. c. sid. 256.

intet hindra att inelfvorna gledo förbi hvarandra och de skulle lagra sig i öfverensstämmelse med deras sp. vigt. Att detta ej sker anser han just vara ett bevis på styrkan och betydelsen af den anatomiska anordningen.

Utan att förneka denna, synes dock en del skäl tala för att tarmarne, genom att mera pressas tillsammans, skulle vara ett ganska viktigt understödjande moment att förhindra vissa organs rörlighet; och den temligen allmänt antagna betydelsen af en slapp bukvägg såsom särskildt predisponerande för organens rörlighet skulle delvis vara beroende på, att derigenom tarmarne sjönko mera nedåt och framåt och derigenom deras stödjande förmåga minskades.

I allmänhet äro nog de särskilda författarne något väl ensidiga, i det hvar och en håller på ett visst ætiologiskt moment och helt och hållet förbigår eller förnekar förekomsten af andra. Sannolikast är väl att i de flesta fall flere moment samverka.

En ofta antagen orsak är snörlif och kjolband och detta betonas särskildt af Cruveilhier, Müller-Warnek, Bartels ¹⁾, Fischer-Benzon, Weisker m. fl. Andra anse ej snörlifvet alls för skadligt, snarare skulle en väl sittande korsett verka gagneligt (Landau ²⁾ Lindner), och mycket stark snörning endast indirekt, genom förhindring af bröstorgans respiratoriska utvidgning, kunna bidraga till ett lösgörande af njuren. Müller-Warnek i öfverensstämmelse med Bartels betonar särskildt kjolbandens skadlighet i det de, genom det tryck de utöfva antingen direkt på njuren eller indirekt genom lefvern, dislocera njuren nedåt och inåt. Fischer-Benzon ³⁾ har gjort försök på lik med att spänna en läderrem om buken och fann vid liköppningen njuren pressad in mot medellinien.

Ett annat moment som framhållits är försvinnandet af kroppens fett, särskildt det i njurens fettkapsel och det subperitoneala (Landau, Curschman ⁴⁾, Henderson, Weisker, Fergusson). Detta moment skulle verka särskildt om försvinnandet af fettets försiggick mycket hastigt, derigenom skulle peritoneum och den anatomiska anordningen för njurens fasthållande blifva förslappade. I de obduktionsberättelser som finnas samlade hos Landau ⁵⁾, finnes också oftast omnämndt att fettets i kapsula adiposa var synnerligen reduceradt.

Landau anser detta äga rum äfven i fall, der den allmänna afmagringen

¹⁾ Berliner kl. Wochenschr. 1877. N:o 30. sid. 429.

²⁾ l. c. sid. 35.

³⁾ cit. eft. Sulzer. l. c.

⁴⁾ Ueber Wanderniere. Schmidts Jahrb. 1890.

⁵⁾ l. c. sidd, 15—26.

ej var vidare högradig. Samma uppfattning som Landau har Henderson¹⁾, hvilken anser försvinnandet af fettet som det vanligaste ætiologiska momentet vid njurens rörlighet, och han anför en sjukdomshistoria rörande en 35-årig, afmagrad fru, som hade allvarsamma symptom af maglidande och rörlig njure. Han behandlade henne med att låta henne ligga, med comprimerande bandage och med en "Anti-Banting-diet", d. v. s. öfvervägande stärkelse- och sockerhaltig föda. Efter några månader inträdde allmän förbättring och upphörande af njurens rörlighet. Han påyrkar en sådan kur äfven för till utseendet väl nutrierade personer. Äfven Fergusson²⁾ berättar ett liknande fall.

Äfven denna uppfattning har vunnit vedersakare Callais³⁾ och Senator⁴⁾ hvilken senare anför som bevis att hos barn finnes intet fett i njurkapseln, men att hos dem rörlig njure är en sällsynthet, att män äro mera utsatta för fettförlust i följd af sjukdom, utsväfningar, sorger etc. — men rörlig njure är mera sällsynt. Han anser att fettförlusten endast underlättar upptäckandet.

Vidare har åberopats inverkan af upprepade barnsängar, särskildt om dessa följt tätt på hvarandra. I och för sig är hafvandeskapet ej skadligt, tvärtom har man iakttagit, att symptomen af rörlig njure och särskildt rörlig lefver hafva under hafvandeskapet helt och hållet försvunnit (Hare⁵⁾, Oppholzer⁶⁾, Rayer⁷⁾. Det är följderna, möjligen inträdande förändringar af bukväggens och bukhinnans elasticitet, deras utvidgning och tänjning som medverkar till njurens rörlighet. Iakttagelser finnas, der man omedelbart efter ett hafvandeskap kunnat konstatera en rörlig njure (Keppler, Schütz, Sulzer⁸⁾), som förut ej kunnat påvisas och sjelf har jag sett ett fall, som jag ej varit i tillfälle att undersöka före hafvandeskapet, men der pat. tycktes lida i följd af en påvisbar rörlig njure och hvilka obehag hon alldeles bestämdt påstod hafva uppkommit först omedelbart efter hafvandeskapets upphörande.

På alldeles samma sätt verka borttagandet af tumörer i bukhålan och dermed likställda ingrepp.

¹⁾ A case of "movable" kidney permanently cured. Glasgow med. Journal. Novemb. 1883. Cit. eft. Virchow. & H. Jahresber.

²⁾ A case of a movable kidney etc. Glasgow Journal may 1889. Cit. eft. Virchow & H.

³⁾ De l'ectopie renale. Thèse. Paris 1883. Cit. eft. Virchow & H. Jahresber.

⁴⁾ l. c.

⁵⁾ Movable kidney medical Times and Gazette 1858. jan.

⁶⁾ l. c.

⁷⁾ Ueber bewegliche Nieren. Wien. med. Wochenschr. 1856. VI. Cit. efter Sulzer l. c.

⁸⁾ l. c.

Särskildt af franska författare (Bequet, Lanceraux, Fourrier m. fl.) ¹⁾ har menstruationen ansetts som ett bidragande moment till ren mobilis; vid menstruationen skulle uppkomma en kongestion äfven till njuren och dess fettkapsel, och härigenom skulle uppkomma en utspänning af denna. Då peritonealbeklädnaden derefter slappades, för att vid nästa menstruation åter uttänjas, och så gång på gång, så skulle småningom uppkomma en förslappning som skulle bidra till rörlig njure. Talrika uppgifter finnas, att smärtorna af rörlig njure skulle förvärras under menstruationen och vid omtalandet af den s. k. njurinklämningen anför jag en sjukdomsberättelse som möjligen kan tala för saken. Senator (l. c.) tillskrifver ej menstruationen någon särskild betydelse, tror dock på ett ökad blodtillflöde till njuren vid detta tillfälle, hvarpå han anser en stundom då uppträdande tillfällig albuminuri bero.

Landau, Senator ²⁾ och Schütze ställa rörlig njure i beroende af sjukdomar i qvinliga könsorganen. Den förre framhåller ³⁾ att uppkomsten af rörlig njure och sänkning, framfall och inversioner af skida och lifmoder kunna bero af samma ætiologiska moment (hastig afmagring, förslappning af bukvägg och peritoneum etc.), men han anser också att dessa genitalsänkningar kunna medelst peritoneum och ureterer åstadkomma en direkt dragning på njuren. Slutligen kunna sjukdomar i qvinliga genitalia framkalla rörlig njure genom att framkalla hydronefros och derigenom betingad utvidgning af kapseln.

Äfven sänkning af tarmarne anses kunna verka bidragande, i det njuren derigenom förlorar ett stöd, och särskildt har Flexuræ coli dextræ större benägenhet för sänkning ansetts såsom medverkande, att den högersidiga rörliga njuren är vanligare än den å venster sida (Landau) ⁴⁾.

Direkta stötar och slag i njurtrakten kunna väl gifva en första ansats till rörlighet. Ännu oftare kunna mera indirekt åstadkomna traumer verka dislocerande. Sönger ⁵⁾ har iakttagit, att vid användning af de Schulze'ska svängningarna för asfyktiska barn, uppkommo ofta blodutåtringar i njurarne till följd af påverkan af levern och mjälten; och han anser att äfven hos fullväxta skulle,

¹⁾ Cit. efter Landau l. c. sid. 30.

²⁾ l. c.

³⁾ l. c. sid. 30.

⁴⁾ l. c. sid. 38.

⁵⁾ I diskussionen öfver ett föredrag af Curschman: Ueber Wanderniere. Schmidt's Jahrbücher. 1890.

vid liknande rörelse, då man upprepade gånger behöfver resa sig upp ur böjd ställning, särskildt vid strängt arbete, en dislokation af njuren kunna framkallas.

Som synes äro åsigterna många och de olika iakttagarne ej synnerligen öfverens. Så länge man endast har till utgångspunkt kliniska gissningar, och förr än antalet af de patologiskt-anatomiska undersökningarne öfver förhållandet vid rörlig njure, åtminstone närmelsevis, kommer upp till antalet kliniskt iakttagna fall, så är ej mycken större klarhet att vänta.

En del angifna moment kunna väl med sannolikhet utstrykas: såsom diafragmas sugkraft och det intraabdominella trycket. En del andra peka väl egentligen åt samma håll, till samma egentliga hufvudorsak; ty de väsentliga momenten blifva väl förslappningen af peritoneum och dess ligament, samt af bukväggen; denna förslappning må nu vara framkallad på hvad sätt som helst, genom allmän, hastig afmagring, genom nutritionen nedsättande sjukdomar, genom menstruation, partus, tumörer, genital-lidanden eller genom senila förändringar. Sedan kunna samvärka härmed mera yttre orsaker, snörning, ansträngt kroppsarbete och traumer.

Hvad slags svårigheter medför då en rörlig njure i och för sig, och i hvilket samband står den möjligen med öfriga rubbningar inom en persons helsotillstånd? Ja! derom äro meningarne synnerligen delade. Keppler¹⁾ anför flere sjukdomsberättelser, der han tycks göra en befintlig rörlig njure ansvarig för så godt som alla sjukliga symptom, som hos dessa patienter förekomma. Han föreslår därför också att man bör ofördröjligen extirpera en rörlig njure, äfven om den föröfrigt är fullständigt frisk, så snart patienten synes deraf hafva några obehag. Keppler har varit utsatt för kritik från många håll för oklarheten och ofullständigheten af sina berättelser, såväl de kliniska som de patologiskt-anatomiska.

Andra tillägga den rörliga njuren så godt som ingen betydelse alls.

Det finnes personer, som komma och klaga öfver en del obestämda obehag, de hafva inga egentliga smärtor, förete ofta en del "dyspeptiska" besvär, men ej vidare höggradiga, men de känna att allt ej är fullt som det skulle vara, möjligen hafva de äfven sjelfva känt en "knöl" i buken, och detta vållar dem oro. Vid undersökning finner man en rörlig njure, och omnämner för

¹⁾ Die Wanderniere und ihre chirurgische Behandlung. Archiv f. M. Chirurgie. 1879. Bd. 23. sid. 520.

dem, att denna nog kan vara orsaken till deras obehag, fast än den vanligen föröfrigt ej har något vidare att betyda. Dermed slå de sig fullständigt till ro, obehagen hafva ej på något vis varit ofördragbara, det tyckes som om det endast vore det för dem oförklarliga i saken som oroat dem, och nu, när de anse sig hafva fått en fullt giltig förklaring, är oron försvunnen. Jag har haft andra fall der vid undersökning mera tillfälligt påträffades en rörlig njure, utan att egentligen något af patientens lidande kunde hänföras till denna. Men efter omnämmandet att en sådan fans, tog hela deras klagan en annan riktning. De "kände tydligt" hur allt deras onda utgick från denna njure, och trots alla försäkringar om motsatsen, upptog denna njure deras tankar både natt och dag. Gå de så till annan läkare och med full öfvertygelse framställa sina kombinationer, så kan det nog vara synnerligen svårt för denne att reda ut saken.

Jag vill anföra ett fall, der jag fått den uppfattningen, att de besvär, hvaröfver patienten klagade, kunde hänföras till påvisad rörlighet hos njuren. Fallet är ej fullt rent, ty man kan kanske hafva skäl att tänka på besvärligheter från ventrikeln. Vid undersökningen visade sig nämligen nedre gränsen af denna ligga 3 fingrar nedanför nafveln, men då man samtidigt vid uppblåsning af ventrikeln ej kunde få ut den öfre gränsen högre än vid venstra bröstkorgranden, så tror jag man kan antaga, att här föreligger en dislokation af ventrikeln och ej ektasie; för denna uppfattning talar ju bestämdt, att den motoriska förmågan ej var nämnvärdt förändrad, att patientens aptit var god, och att hon ej hade några dyspeptiska besvär, som kunde tyda på en ektasie, utan ställde sina besvär i samband med vissa rörelser.

(Sjukdomsberättelse n:r 1 eget fall.)

Fru W., 50 år. Hon känner sig sjuk hufvudsakligast sedan 1 $\frac{1}{2}$ år. Hon klagar öfver krampaktiga smärtor rundt om lifvet och i hela magen; särskildt till höger om epigastrium finnes en begränsad punkt, der hon närmare lokaliserar smärtorna. Hon kan ej ligga på höger sida, ty då känner hon der sveda och obehag; hon kan ej heller ligga på venster sida, ty då känns det som om något „slets sönder“ i höger sida. Aptiten god; ingen förökad törst; inga kräkningar eller plågor efter mat; har ibland hufvudvärk, men förefaller ej nervös; sömnen hemma god, men i Berlin dålig (klagar öfver värmen). Från bröstets organer intet abnormt.

Vid palpation af buken påträffades en rörlig, högersidig njure. Lefverdämpningen börjar, i mamillarlinien, i 6:te reftbensinterstitiet och nedre gränsen når till bröstkorgranden, samt i medellinien till 3 finger öfvan nafveln.

Ventrikeln utbredning (vid uppblåsning): från venstra bröstkorgranden till 3 finger under nafveln och till höger om mediallinien.

30. VI. 91. Åt kl. 10 f. m. frukost: thé och bröd. Efter 1 $\frac{3}{4}$ tim. kom ingenting upp genom pressning, men vid sköljning mycket och tjockt.

7. VII. Åt kl. 1 e. m. soppa, kött och bröd; efter 6 timmar var magen tom.

8. VII. Åt kl. 10 f. m. frukost; thé och bröd; vid undersökning (sköljning) 2 $\frac{1}{4}$ tim. efteråt, kom blott en liten smula upp.

Men, att det är vanskligt göra njuren ansvarig för tillstädesvarande obehag, äfven om symptomen äro mycket mer utpreglade och till utseendet mer karakteristiska än i mitt fall, visar följande berättelse.

(Sjukdomsberättelse n:o 2. Svensson)¹⁾.

Ogifta M. N. 19 år gammal. Intogs på Sabbatsbergs sjukhus kirurgiska afdelning den 16 Juni 1880.

Juli 1878 extirperades en ovarialtumör å venster sida. Hon utgick läkt och frisk, men 2 månader efteråt inställde sig hos henne, utan känd anledning, en kontinuerlig, sig småningom stegrande „dragande“, värk i högra sidan af underlifvet och samtidigt upptäckte hon en förskjutbar, men äfven sig sjelf förflyttande, afrundad tumör i högra sidan. — — — Jag öfvertygade mig om, att en rörlig tumör verkligen förefanns i hennes högra hypochondrium.

Hon intogs å Sabbatsbergs sjukhus den 2 maj 1879. Hennes smärtor hade varit mycket svåra. Under de sista 5 månaderna hade hon i allmänhet intagit liggande ställning. Vid nu företagen undersökning kändes i buken, som var af normal storlek, tätt ofvan högra crista ilei en tumör, som vid det obetydligaste tryck gled undan uppåt och inåt, men genast återtog sin förra plats om patienten hastigt reste sig upp eller gick något litet. Tumören var betydligt ömmande, dess konsistens fast, ytan jemn och platt med rundad, nedre kant. Tumörens form något platt. — — — (flere läkare (3) undersökte pat. och ställde diagnosen på rörlig njure, dock anmärkte en, att den rörliga tumören föreföll honom mindre, än de rörliga njurar han förut undersökt). — — — Hon erhöll ett bandage för rörlig njure, men det visade sig tyvärr snart, att hon ej hade någon nytta af detsamma. (Patienten yrkade sjelf på operation).

Status præsens d. 1 Juli 1880. Pat. blek, men har knappast något sjukligt utseende, ehuru det ligger något särdeles missmodigt och lidande i hennes blick. Hon är, och har allt sedan barndomen varit nedsrämnd till lynnet. I allmänhet intager hon liggande ställning. Hon kan ligga såväl på rygg som på höger sida, men alls icke på venster, ty vid försök härtill, „tyckas alla tarmarne slitas öfvar till denna sida“ och härvid uppstår svår smärta. Hon sitter nedhukad och böjd åt höger. När hon rätar upp sig ur denna ställning, erfar hon en smärtsam känsla af, att något flyttar sig nedåt och nu ökas hennes värk. När hon står, stödjer hon hufvudsakligen på venstra benet och lutar öfver åt höger. Hon eger mindre kraft i högra än i venstra extremiteterna. Hela den högra kroppshalfvan är i någon mån domnad och saknar normal känslöförmåga. Hon går lindrigt haltande, böjd åt höger och törs ej — af fruktan för att öka smärtan — stiga lika kraftigt på högra som på venstra foten.

Hon plågas af en kontinuerlig, „slitande och dragande“ ytterst irriterande värk, som utgår från midten af högra lumbalregionen, strålar fram åt magtrakten, nedåt högra höften och högra benets utsida ända ned till tårna samt uppåt högra sidan och längs högra armen.

¹⁾ Hygieæ. N:o 11, 12. 1880. Berättelsen förkortad.

Ej så mycket genom sin intensitet, utan fast mera genom den åtföljande oron samt genom smärtans nästan ständiga tillvaro, har värken blifvit en för pat. nästan outhärdlig plåga, som betagit henne all lefnadslust. Hvilken ställning hon än intager (stående, sittande eller liggande) känner hon som oftast, huru någonting rör sig uppåt eller nedåt i högra delen af buken.

Under de sista två åren har värken småningom tilltagit i intensitet. Under de sista 12 månaderna har pat. i allmänhet måst ligga. Hon har under denna tid alls icke kunnat förrätta något arbete. Under stundom — på sista tiden oftare än förr och några gånger under vistandet på sjukhuset — påkomma ytterst svåra anfall af häftig smärta i höger sida. Hon kastar sig då på golvet, jämrar sig högt och vrider sig som en mask. Under dessa anfall känner hon alltid tumören långt nere i buken. Anfällen lindras eller upphöra vid det, att tumören antingen sjelf drager sig uppåt eller också skjutes uppåt, men om pat. under dessa anfall sjelf söker uppskjuta tumören, faller den merendels genast ner igen.

Om hon länge håller urin, ökas smärtan i höger sida. Vid låtandet af urinen känner hon ej sällan sveda och värk i trakten af tumören. Understundom (om morgnarne) kan hon ej, ehuru nödig, låta urinen, förr än hon en stund gått uppe. Urinen, svagt färgad, af sur reaktion och af låg spec. vikt (1.005–1.010) innehåller inga abnorma beståndsdelar.

Operation d. 10 Juli 1880 (påtankt exstirpat. af njuren). Laparatomie.

Jag införde nu min halfva högra hand och fattade med densamma genast högra njuren, hvilken dock alls icke var rörlig utan fästad på normalt sätt. (En närvarande läkare bekräftade detta).

Ingendera af oss kände vid dessa undersökningar någon rörlig tummör, men våra händer kunde ej på grund af incisionssårets ringa längd göra några större exkursioner i bukhålan. Efter någon kort tvekan hopsydde jag operationssåret. (Läkning).

Patienten sjelf kände nu ej, eller visste ej af någon tumör. När hon går mycket fort eller hoppar, kan hon visserligen känna något obehag i högra sidan, men detta försvinner genast, om hon sätter eller lägger sig. När hon är i stillhet, har hon ingen förnimmelse af kroppslig smärta eller obehag. Hon går mera rak, stödjer lika bra på högra benet som på venstra, samt haltar sålunda ej. Hop ligger lika gerna på båda sidor. Efter operationen intet enda anfall af smärta.

För hvar och en, som läser denna berättelse, synes det som om man vore berättigad efter den gjorda undersökningen, att temligen afgjort anse svulsten vara en rörlig njure, och flere läkare hade ju också uttalat detta som sin åsigt. Ty just de derstädes beskrifna förhållandena, både patientens subjektiva och de objektiva äro de, som man allmänt anser vara beroende på den rörliga njuren: den karakteristiska beskrifningen på uppkomsten och naturen af smärtorna; den lindring som uppstod vid rygggläge, då deremot rörelser, särskildt till upp- rätt ställning, genast framkallade ökade svårigheter; tumörens förhållande att vid palpering ytterst lätt glida undan och alltid uppåt. Också var öfverraskningen stor, då vid operationstillfället njuren befans ligga normalt, fast. Öfver naturen af tumören eller hvad som uppfattats som sådan fick man ingen reda.

Svensson ansåg sig, äfven efter operationen, känna en tumör fast mera fixerad och mindre; om denna uppfattning var han dock ensam.

Af lika stort intresse är, att efter operationen förbättring inträdde, som räckte åtminstone 3 månader. Om här verkligen funnits en rörlig njure och denna borttagits, så skulle ju fallet gälla som ett lysande bevis på nyttan och berättigandet af att extirpera njuren. Saken vinner än mera i intresse derigenom att Svensson's fall ej är allenastående, utan andra hatva gjort liknande erfarenheter. King ¹⁾ försökte att operera den rörliga tumör, som han ansåg vara njuren, men sedan han öppnat bukhålan kunde han ej hitta densamma. Qvinnan befann sig "märkvärdigt nog" bättre efter den misslyckade extirpationen än förr. Lindner ²⁾ anför tvenne fall: ett der diagnosen hade satts på gallsten, men vid företagen laparotomie befans det vara njuren som var dislocerad och fastväxt vid leverkanten samt hållande sten i njurbäckenet; som äfven venstra njuren höll sten, så gjordes ej något vidare ingrepp. Efter operationen voro patientens smärtor borta, och voro det fortfarande 4 år efteråt. I ett annat fall fans en långvarig ikterus, som ej på något vis kunde häfvas. Då det äfven fans rörlig njure, så antog man slutligen att ikterus kunde bero på denna, emedan man iakttog att gulsoten var intermittent, betydligt mindre om pat. intog rygggläge, men alltid betydligt tilltagande vid upprest siällning. En probatorisk laparotomie gjordes. En rörlig njure påträffades. Intet mekaniskt hinder i utförsgångarne för gallan kunde förevisas. Buken syddes igen, pat. läktes och gulsoten försvann. L. anser, att detta möjligen kan bero på en under läkningen uppkommen fixation och minskad rörlighet af njuren, han påpekar dock diagnosens svårighet och hur ytterst försiktig man får vara vid bedömandet af resultatet, särskildt af kirurgiskt ingrepp i och för rörlig njure.

Är det sålunda svårt att tyda de symptom som kunna hänföras till den rörliga njuren sjelf, så är tydandet ännu svårare af de mera invecklade företeelser, som tillskrifvas den rörliga njurens inverkan på andra organ. Oftast iakttagna hos personer med rörlig njure, äro dyspeptiska symptom, och redan sedan länge hafva dyspepsi och ren mobilis satts i förhållande till hvarandra af orsak och verkan. Hvad som mest öfverraskat är, att man i sådana fall påträffar verkligt allvarsamma förändringar af digestionsorganen och spec. gastrektasie. Müller-Warnek-Bartels (l. c.) anse detta sammanhang ej vara till-

¹⁾ Lancet. Vol. I. 1836-37. No 18.

²⁾ D. Med. Wochenschr. 1884. No 15.

fälligt, utan att det kan förklaras så, att den rörliga njuren trycker på pars descendens duodeni och derigenom framkallar hinder för födans öfvergång i den nedanför liggande tarmen och deraf följande ektasie af ventrikeln. Landau ¹⁾ och Lindner ²⁾ antaga samma kausalsammanhang, men anse på anatomiska grunder, att njuren ej kan komma åt, att direkt trycka på duodenun, utan att den verkar så, att den genom sin tyngd åstadkommer en stramning å en viss del af peritoneum, hvilken stramning skulle framkalla en vinkelböjning ("knickning") af duodenum. Lindner har gjort försök på lik och anser sin uppfattning bekräftad: "utöfvade man på en högersidig vandrarenjüre en försiktig dragning i riktning framåt, inåt och nedåt, så uppkom regelbundet en vinkelböjning af duodenum å ett ställe, som låg 2 à 3 cm. nedanför inmynnandet af gallgången. Böjningen kunde åstadkommas genom användande af så stor kraft, som syntes motsvara njurens tyngd, och fick man aldrig en fullständig tilltäppning af duodeni lumen, men alltid tillräckligt för att framkalla ett allvarligt hinder för fortrörelsen af tarminnehållet".

Det har i allmänhet iakttagits och beskrifves och såsom i viss grad karakteristiskt, att de besvärligheter, som anses framkallas af en rörlig njure, hafva ett mer eller mindre intermitterent förlopp; i ryggläge återtager njuren vanligen normalt läge och dervid upphöra besvärligheterna. Att en sådan intermitterande påverkan, som väl aldrig kan vara särdeles stark, skulle förmå åstadkomma ett så svårt hinder för födans fortrörelse, att derigenom gastrektasie skulle åstadkommas, är väl ej synnerligen troligt. En annan sak vore, om den rörliga njuren blifvit fixerad på så sätt, att den permanent tryckte på tarmen, men något sådant fall har veterligen ej blifvit beskrifvet (Oser). Ännu en intressant sak har påpekats af Oser (l. c.), nämligen att i dessa fall, då ju orsaken till gastrektasien skulle vara en stenosis, hade man att vänta, att finna ventrikelns muskellager för tjockadt, men han har i "många hundra" fall, som han iakttagit med samtidig rörlig njure och ektasie ej funnit detta, utan tvärtom en mycket tunn magvägg.

Derför hafva också andra framställt sammanhanget i motsatt ordning: skulle då vara den utvidgade magsäcken och den fyllda duodenum som dislocerade njuren (Litten ³⁾).

¹⁾ l. c. sid. 45.

²⁾ l. c.

³⁾ l. c. sid. 229.

Med afseende på, om ektasien kan vara orsak till rörlig njure, torde det vara skäl att fästa vikt vid en sak, som i detta sammanhang ej funnit tillbörligt beaktande, nämligen, att man ej bör ensamt fästa sig vid det mekaniska förhållandet, utan snarare taga i betraktande, att ektasien, genom den allvarsamma rubbning i nutritionen, den medför, verkar disponerande för rörlighet hos njuren.

Af somliga anses gastrektasiens sammanhang med den rörliga njuren vara något mera tillfälligt och Ewald ¹⁾ har vid sina undersökningar funnit, att graden af njurens rörlighet och magsäckens storlek ej stå i något direkt förhållande till hvarandra.

I nära sammanhang med förhållandet mellan rörlig njure och dyspeptiska besvär står, att man trott sig iakttaga, att patienter med ren mobilis skulle vara särskildt benägna för ikterus. Äfven härvid har man uppfattat saken såsom beroende på mekanisk inverkan. Litten ²⁾ anser, att den rörliga njuren direkt trycker på ductus coledochus; Lindner (l. c.), att den framkallar vinkelböjning af duodenum. Weisker ³⁾ har egnat förhållandet en grundlig undersökning och anser, att genom den rörliga njuren uppkommer en stramning af en af honom beskrifven ligamentförbindelse mellan njurens peritonealbeklädnad och uttörsgången för gallan, hvarvid denna tilltäppes, och att derigenom uppkommer stagnation af gallans utflöde. Han, liksom flera andra, betonar den egendomliga, intermittenta karakteren af denna ikterus. Landau ⁴⁾ anser också, att qvinnor med rörlig njure äro mera benägna för ikterus än andra, men han förkastar den mekaniska förklaringen och anser detta bero på, att de äro mera benägna för tarmkatarrh. Han har iakttagit det intermittenta förloppet, men anser detta beroende på tilltäppningar af utförsgången med slem o. s. v., och säger sig hafva sett ett liknande förlopp, äfven hos patienter, som ej varit behäftade rörlig njure.

Egentligen låg det ju nära till hands att tro att den rörliga njuren skulle hafva inverkan på urinafsöndringen. Detta har dock temligen enhälligt förnekats (Rosenstein, Henoch, Oppolzer, Trousseau ⁵⁾). Landau ⁶⁾ framhåller der-

¹⁾ Ueber Enteroptose und Wanderniere. Bev. kl. W. 1890. N:o 12.

²⁾ Zum pathogenese des Icterus. Charite-Annalen 1880. Cit. efter Landau l. c. sid. 45.

³⁾ Pathol. Beziehungen der Nierenbänder zur Gallenblase u. s. w. Schmidt's Jahrbücher. Bd. 220. 1880. Sid. 262 ff.

⁴⁾ l. c. sid. 46.

⁵⁾ Cit. eft. Landau.

⁶⁾ l. c. sid. 56 ff.

emot, att han ofta iakttagit rubbning af urin-sekretion och exkretion vid rörlig njure. Förändringen skulle träffa så väl urinens kvantitet, som kvalitet, och kunde åtföljas af kolikartade smärtor från njurtrakten, hvilka stråla ned längs ureteren till blåsan. Ibland var urinen sparsam, mättad, och med rikligt sediment, ibland afsöndrades mer än vanligt; stundom iakttofs blod i urinen, hvilket L. anser sig böra tillskrifva den rörliga njuren, då ingen annan orsak kunde påvisas. Som orsak till dessa förändringar antager han tillfällig tilltäppning, genom vinkelböjning, torsion etc., af njurkärnen och ureteren. Dessa rubbningar äro dock i början snart öfvergående, delvis därför, att i följd af de smärtor, som anhopningen af urin eller tilltäppningen af blodkärnen medföra, tvingas patienten att lägga sig, hvarvid hindret oftast upphör. Inträda de deremot oftare och intensivare, vare sig i följd af att patienten måste utföra strängt kroppsligt arbete, särskildt i upprätt ställning, eller derigenom att njurens sänkning är mera betydlig. kan permanent hydronefros uppkomma.

Ett ganska belysande exempel på intermittent hydronefros anföres af Wilse¹⁾. Fallet är af intresse äfven därför, att i obduktionsberättelsen finnes angifvet, att ingen rörlig njure förekom. Någon utförligare beskrifning öfver njurens läge fins inte och möjligen kan man vara benägen fästa sig vid en framställning af Landau, som ifrigt förfäktar den rörliga njurens betydelse för den intermittenta och permanenta hydronefrosen och anser, att denna primära orsak, sedan fallet är fullt utbildadt, "såväl kliniskt som på det patologiskt-anatomiska preparatet ej vidare kan påvisas".

(Sjukdomsberättelse N:o 3. Wilse.)

Fru B., 40 år gammal, började redan vid 14 à 15 års ålder känna smärtor under venstra bröstorgsranden, särskildt vid starkare rörelser, dans etc.; smärtorna försvunno efter 1—2 tim. Gift vid 22 års ålder; har födt 10 barn. Efter de första barnsängarne blefvo smärtorna starkare, långvarigare samt åtföljdes af förstoppning och kräkning; samtidigt kändes en öm och smärtande tumör under nämnde refbensrand. Flere läkare ansågo svulsten vara en rörlig njure, andra att det var mjälten. På sista tiden kommo smärtorna oftare, med en månads mellantid och räckte 2—3 dygn. Under graviditeten, då uterus utfyllde bukhålan var hon bättre. 1871 fans ägghvita i urinen (hon var ej hafvande); den försvann efter ett par månader. 1 Maj 1873 fans åter ägghvita. Hon var då i 6:e månadens hafvandeskap (11:e ggn); eklampsi tillkom, som trots behandling och konstförlösning (Partus præmat.) slutade dödligt.

¹⁾ Norskt Magazin f. Lägevid. R. 3. Bd. 3. Forhandl. s. 142. Förkortad berättelse.

Vid obduktionen (Heiberg) fans hvarken rörlig njure eller rörlig njälte. Liket var så starkt förruttnadt, att inga finare förändringar kunde påvisas i njurarne, men som orsak till de nämnde anfallen, hvilka uppträdde samtidigt med svulst under venstra bröstkorgsranden, visade sig hydronefros af venstra njuren. Ureteren var dock icke obturerad af någon calculus. Deremot gick den venstra ureteren icke i rak linie öfver i njurbäckenet, utan gjorde först en vinkelformig böjning uppåt, hvarvid bildades en slags klaff, som tilltäppte inmynningsstället i ureteren vid en viss urinansamling i njurbäckenet, men som ej var tillräcklig för tillslutning, när samlingen i njurbäckenet steg till högre grad. Härigenom åstadkoms således en temporär hydronefros, som förklarar anfallen.

Dessa öfvergående attacker, med förändrad urinafsöndring och smärtor, gifva liksom antydan om beskaffenheten af de något längre varande sådana, hvilka åtföljas af vida häftigare symptom, och sedan länge blifvit beskrifna som "njurinklämning".

Dietl ¹⁾ är den som infört benämningen, utgående från symptomens likhet med de som förekomma vid inklämdt bråck. Ofta strax efter häftiga ansträngningar eller hastiga rörelser, stundom äfven i följd af andra orsaker, känna personer med rörlig njure häftiga stickningar i buken, som tvinga dem att lägga sig. Strax efter blir buken uppdrifven och särdeles känslig för beröring, särskildt på den sida, der den rörliga njuren finnes. Allmänbefinnandet är betydligt angripet: svindel, mattighet, kallsvettning, liten puls, ytlig respiration, benägenhet att kräkas och stundom kräkning. Urinen är mörk och sparsam stundom blodblandad; finnes feber, är den ej hög.

Vid palpation, som betydligt försvåras af ömhetsen och spänningen i buken, kan man påvisa en svulst på den rörliga njurens plats; stundom kan den förskjutas och stundom kan man med säkerhet konstatera njurens form.

Efter några dagar eller högst veckor, äro alla symptomen borta och fullständig helse åter inträdd. För så vidt man vet, har intet fall haft dödlig utgång, och därför fattas äfven undersökning vid liköppning.

Symptomen öfverensstämma ju temligen med tecknen på en akut, begränsad peritonit, och de förste, som iakttago dessa fall (Dietl, Rollet m. fl.), ansågo också att en sådan förefans. Man antog en verklig inklämning af njuren mellan tarmslingor eller i den subperitoneala bindväfven (Rollet), eller mellan de nedersta refbenen och ryggradspelaren (Gilewski). I följd häraf uppstod retning och cirkulationsrubbingar med åtföljande inflammation af bindväfven och peritoneum; den stora ansvällningen ansågs bero på bildad exsudatmassa. Nyare iakttagare hafva ej velat antaga denna uppfattning.

¹⁾ Wandernde Nieren und deren Einklemmung. Wiener med. Wochenschr. 1864, N:o 36, 37, 38. Cit. eft. Landau, l. c. s. 47.

Det synnerligen goda förloppet, i det fullständig återgång inträder, ofta efter blott några få dagar (6—8), hvarvid den stundom rätt betydliga svulsten utan vidare försvinner, talar mycket emot en akut peritonit och bildadt exsudat. Man har sökt andra förklaringar och dervid tänkt på, att fenomenen skulle förorsakas genom tillklämning resp. torsion af ureteren (Gilewski¹⁾, af kärlen (Landau²), eller af hela njurstjelken (Sulzer³) m. fl.).

Ett fall af njurinklämning, stående i samband med menstruationen finnes anfördt från Jaccouds afdelning. Trots symptomens intensitet, talar dock hela förloppet mot en akut peritonit. Attacken kom samtidigt med menstruationen och upphörde med denna. Genom blodanhopning blir den rörliga njuren tyngre och sänker sig mer än vanligt, derigenom uppkommer hinder för urinens uttömmande och orsakas dess anhopning i njuren, hvaraf följer ansvällning. Under anfallet var urinafsöndringen sparsam, derefter fullt normal.

(Sjukdomsberättelse N:o 4. Jaccoud⁴).

Patienten kom in med feber på 39°, kräkningar, häftiga smärtor i buken och förstopning sedan två dagar. Smärtorna, ehuru synnerligen häftiga, voro lokaliserade, särskildt å höger sida i buken. Ensamt genom inspektion och utan att vidröra, fick man intryck af en ansvällning i denna sida af buken, i höjd med colon ascendens, en ansvällning så ytlig under bukväggen, att man ej behöfde röra vid den, för att bestämma dess volym och utsträckning. Lade man handen på densamma, kunde man på det noggrannaste bestämma formen, och på grund af de ytterligt häftiga smärtor, som äfven ett lindrigt tryck framkallade, fick man visshet om, att just denna ansvällning var sätet för de plågor som patienten hade sedan några dagar. Genom att föra handen omkring den i olika riktningar kunde man med lätthet dislocera den, den var således rörlig, och tycktes ej genom några adherenser vara fästad vare sig vid bukväggen, närliggande organ eller på djupet. Man kunde på samma gång bestämma att den var fast, att den hade en bred yta som omedelbart kom under handen, en convex kant liggande utåt och en svagt konkav eller ursvängd, vettande inåt — — —.

Diagnosen af detta fall erbjuder inga svårigheter och kan ej vara tvifvelaktig — —

Man ser att symptomerna hafva varit långt ifrån inga eller obetydliga, som de kunna vara det i en mängd fall. Hvad innebär då denna sjukdomsbild, som har framträdtt med sådan häftighet, feber, häftiga smärtor i buken, kräkningar, förstopning m. m., och som helt och hållet försvunnit efter helt kort tid? Det är hvad man beskriver som inklämning af njuren i analogie med, till en viss grad, inklämning af tarmen. Denna

¹) Ueber Einklemmung der bewegliche Niere. Oesterreich. Zeitschrift f. prakt. Heilkunde 1865, N:o 40.

²) l. c. sid. 50 ff.

³) l. c.

⁴) Gazette des Hospitiaux 1884. N:o 35. Förkortad berättelse.

attack, som icke varar längre än ett par dagar, såsom vi sett i detta fall, inträffar stundom hos kvinnor vid menstruationsperioden under påverkan af kongestionen till genitalorganen. Man förklarar sig uppkomsten genom en inträdande sänkning af njuren vid inträffandet af den periodiska kongestionen, hvilken sänkning stundom framkallar en vridning af ureteren och i följd deraf hindradt urinafflöde och ett nytt fluxionstillstånd hos njuren. Symptomerna upphöra med orsaken, som för tillfället framkallat dem.

I detta fall har man kunnat följa hela utvecklingen. I det ögonblick den menstruella fluxionan, som inledde symptomkomplexen nådde sin gräns, upphörde febern, de häftiga buksmärtorna och öfriga symptom, och på samma gång återtog tumören sitt ursprungliga läge bakom colon. Urinen som under paroxysmen var sparsam och röd blef efteråt klar och riklig med normal sp. vigt och beskaffenhet.

Ett annat fall af s. k. inklämning finnes anfördt hos Landau. Der var förut diagnosticerad rörlig njure. Helt plötsligt, utan angifven orsak uppträda ganska häftiga symptom: kollaps, smärtor, ytterlig ömhet, allt i samma sida, der den rörliga njuren fans. En tumör kunde påvisas, som sträckte sig från nedre lefverranden till crista ilei. Symptomens häftighet försvann efter ett par dagar, dock tycks det dröjt länge innan njuren åter var förskjutbar, hvilket ju möjligen kan väcka misstanken på att en peritonit verkligen förekommit. Detta bestyrkes kanske ock derigenom, att vid en senare undersökning, njuren föreföll mindre rörlig än förut. Ett andra anfall ett par år senare var mera complicerad, med ikterus och, enligt författarens uppfattning, intermittens.

(Sjukdomsberättelse N:o 5. Landau ¹⁾).

I. W. 55 år gammal, har födt 4 gånger; sista menstruationen för 9 år sedan. Efter sista nedkomsten, för 16 år sedan, har den sjuka märkt en, i början synnerligen rörlig knuta, i högra, öfre delen af buken. Sedan några år lider hon af egendomliga borrhande och nypande smärtor i djupet af buken. Sedan 2 dagar är hon sjuk, helt akut, med benägenhet till kräkning, stickande smärtor i buken, särskildt i höger sida, och ganska kollarad. Buken är temligen uppdrifven, om för sakta beröring; perkussionen anger tätt under lefvern ned till höjden af crista ossis ilei matt ton. Ömheten af buken tillåter ingen palpation. Efter behandling med opiater och isomslag, snar bättring. Först efter några veckor kan man känna den i ländtrakten lätt förskjutbara njuren. Vid tryck på densamma klagar pat. öfver begränsad smärta i venstra sidan af epigastrium och venstra ländtrakten. Dämpningen nedanför lefvern har helt och hållet försvunnit. Vid undersökning, ett år efteråt, visade sig den högra njuren ej så rörlig som förut; vid tryck går den visserligen tillbaka upp i ländtrakten, men så snart trycket upphör, kommer den fram under lefverkanten, äfven om pat. intager ryggsläge.

Två år efter den första akuta attacken, sjuknade fru W. ånyo med häftiga smärtor i buken. Denna är som förra gången mycket öm och uppdrifven, tumören nedanför lefvern är betydligt förstora, föga förskjutbar, njurformen otvifvelaktig. Efter några dagar in-

¹⁾ Der Wanderniere der Frauen. Berlin 1881. Sid. 95.

ställer sig en tydlig ikterus, som jemte symptom af hög feber fortfar under c:a 3 veckor. Febern hade en utpräglad intermittent typ, njälten var betydligt förstorad. Först stora kinadoser medförde helse, så att jag ej tvekar att här tänka på en komplikation med Intermittens. I hvad mån den, under mellantiden vid högra lefverfiken adhärenta njuren, har bidragit till ikterus vill jag ej afgöra. För närvarande befinner hon sig mycket bra.

Att vid den s. k. "njurinklämningen" stora obehag och plågor förekomma framgår af berättelserna, och redan af den oriktiga benämningen, som tyder på att symptomen varit så framträdande, att man fått tankarne riktade på möjligheten af en verklig inkarceration eller en akut peritonit. Visserligen tyckes den ej, efter nuvarande erfarenhet, medföra några qvarstående följder eller dödlig utgång, men den hindrar dock för några dagar och stundom längre patientens verksamhet samt bereder honom många qual. I öfrigt är det synnerligen svårt att bedöma hvad slags obehag, som kunna åtfölja en rörlig njure; och då man ansett fullt bevisande, att de obehag, som försvinna efter fixation eller borttagande af njuren, varit beroende på dess rörlighet, torde det vara skäl att hafva i minnet de ofvan nämnde fallen, der obehagen försvunno, fast än intet verkligt, på njuren riktat ingrepp gjordes; visserligen antaga både Svensson och Lindner en möjlig, under läkningen uppkommen fixation af njuren, men detta är endast en förmodan, ett sätt att söka förklara en annars synnerligen obegriplig sak, något minsta bevis är det ej.

Vida svårare blir det att bestämma obehagen af rörlig njure, när symptomen ej äro så framträdande, som i dessa fall, utan mera allmänna och mångtydiga. Personer med rörlig njure befinnas rätt ofta vara nervösa, och förmodan har äfven framkastats, att detta skulle bero på den rörliga njuren, men denna förmodan är ej heller bevisad och skall jag längre fram i ett annat sammanhang närmare ingå på denna sak.

Beträffande den rörliga njurens inverkan på digestionsorganen, anser jag intet fullgiltigt bevis framdraget, som styrker att njurens rörlighet kan vara en direkt orsak till rubbning af ventrikelns eller tarmens verksamhet, särskildt ej till gastrektasie; snarare då tvärtom, eller kanske rättast så, att begge förändringarne äro beroende på gemensamma, allmänna eller lokala orsaker.

Mig förekommer, att man i ett vanligt, okompliceradt fall af rörlig njure bör hafva uppmärksamheten riktad på de möjliga besvärligheter, den kan framkalla och äfven rätta sin behandling derefter, men ej af dess upptäckande ledas till underlåtenhet af fortsatta undersökningar, för att klargöra äfven

andra, möjligen förekommande förändringar. Jag tror därför det är klokt att i hvarje fall, der pat. klagat öfver magbesvär, undersöka om rörlig njure finnes; och naturligtvis än mer, att vid hvarje fall af svulst i buken söka fastställa, huruvida den är en okomplicerad rörlig njure eller ej, då detta är af stor vikt för prognos och behandling, särskildt der fråga kan vara om allvarsammare ingrepp.

Ett fastställande af närvaron af en rörlig njure, utan märkbara symptom, är äfven godt därför, att det synes skäl tala för att den kanske, mer än en normal njure, är benägen till sekundära förändringar, t. ex. hydronefros; och vidare kan det vara klargörande för diagnosen, att veta att en rörlig njure finnes, om en dermed behäftad pat. plötsligen anfallas af de symptom, som karakterisera den s. k. njurinklämningen.

Oftare än verkliga smärtor, förefaller det mig som om njurens rörlighet skulle kunna framkalla en känsla af tyngd och oro i buken och derigenom obehag. Mycket ofta synes den mig ej medföra några svårigheter.

*

*

*

Den normala lefvern är fysiologiskt rörlig: vid inspirationen pressas den af diafragma nedåt för att vid expirationen röra sig åter uppåt. Det är ej denna rörlighet som åsyftas, när man kliniskt eller patologiskt talar om "rörlig" lefver, utan en vida större rörlighet och sänkning af den för öfrigt normala lefvern, i dess helhet eller blott delvis, alldeles oberoende af respirationsfaserna. Denna sänkning är dock ingen egentlig fortvarande dislokation, ty den eger oftast rum, åtminstone i sin högsta grad, endast vid viss ställning af kroppen, den upprätta, under det i ryggsläge eller under andra förhållanden, såsom vid tryck utifrån eller vid uppblåsning af colon, lefvern mer eller mindre fullständigt återtager sitt normala läge.

Uppgifterna angående förekomsten af en sådan patologiskt rörlig lefver äro ganska sparsamma och dess relativa sällsynthet bevisas än i dag af, att ofta ett enstaka fall anses tillräckligt märkvärdigt för att förtjena publiceras.

Hos Landau ¹⁾ finnas samlade de fall af rörlig lefver, han i litteraturen påträffat till 1885. Flera af dessa voro dock komplicerade genom svulster i

¹⁾ Die Wanderleber und der Hängebauch der Frauen. Berlin 1885. Derstädes den äldre litteraturen.

lefvorn eller af andra förhållanden; och i ett par fall, beskrifna som rörlig lever, visade sig vid autopsien diagnosen felaktig, så att Landau uppskattar de okomplicerade fallen till endast 24, 1 man och 23 kvinnor. Härtill kommer 14 fall, alla kvinnor, som Landau själf iakttagit. Efteråt hafva beskrifvits enstaka fall, då och då i tidskrifterna, själf har jag varit i tillfälle att se endast ett, som jag dock ej fått vidare följa.

Med afseende på den anatomiska anordningen och dess betydelse som fästeapparat för lefvorn gå åsigterna kanske ännu mera i sär än med afseende på njuren, helt naturligt, då lefvorn är ett så betydligt större organ och dess ligament-apparat mera komplicerad. Redan äldre anatomer hafva betvivlat leverligamentens förmåga att uppbära lefvorn, särskildt drabbar deras kritik det s. k. Lig. suspensorium. Så yttrar sig Hyrtl¹⁾ angående detta ligaments betydelse:

"Såsom ligament för lefvorn anför man lig. coronarium och lig. suspensor. hep. Begge äro veck af peritoneum, hvilka från diafragma sträcka sig öfver på lefvorn. Lig. coronarium är betydligt starkare än lig. suspensorium, hvilket sistnämnda man kan kalla för leverns mesenterium, fastän mellan dess blad ej går något till lefvorn hörande blodkärl af betydenhet. Svagheten af lig. suspensorium står i skarp motsats till organets tyngd. Ligamentet kan aldrig uppbära leverns tyngd. Skulle lefvorn hänga på detsamma, så måste det intaga en vertikal ställning, men detta kan det ej, då lefvorn ligger i omedelbar kontakt med diafragma. Denna kontakt upphäfves aldrig.

På lik af personer som fallit från en höjd och hafva undergått de häftigaste skakningar af kroppen, finner man aldrig sönderslitningar af lig. suspensorium, men väl bristningar af leverparenkymet, med döden medförande blödningar i bukhålan."

Luschka²⁾ fäster så godt som ingen betydelse als vid leverligamenten:

"Med afseende på sin öfriga utbredning står lefvorn med sin convexa yta i beröring med buksidan af diafragma och smyger sig efter dennes concavitet.

Denna leverns coaptation är dock ej resultatet af inverkan af de s. k. peritoneala leverligamenten, som ej hafva något väsentligt inflytande på organets normala läge, utan beror närmast på verkan af det atmosfäriska trycket under hvilket bukens organ stå. Det kan således ej vara tal om att lefvorn

¹⁾ Handbuch der topographischen Anatomie, 1872, Bd. I, s. 751.

²⁾ Der Bauch 1863, sid. 241.

genom sin tyngd skulle draga på diafragma, men lika litet är det riktigt att lefvern betingar hvälfningen af diafragma. Denna fortbestår oförändrad, om också hela bukhålan befrias från sina inelfvor, om blott brösthålan är sluten och således lungans elastiska sugkraft ej lider afbräck.”

I öfverensstämmelse med Luschka yttrar sig Rosencrantz ¹⁾. Han anser lufttrycket vara ett af de väsentligaste momenten för lefverns hållande i normalt läge och han anser detta bevisas genom en del patologiska iakttagelser såsom vid perforation af bukväggen eller vid putrid peritonit, då han anser bortfallandet af lefverns vanliga dämpningsområde vara beroende på, att lefvern genom luft eller gasansamling i bukhålan bringas ur sitt normala läge. Han anser vidare, att verkan af lufttrycket förstärkes genom adhäsion mellan de fuktiga ytorna af lefvern och diafragma. Vid ligamenten fäster han nästan intet afseende.

I motsats mot dessa författare tilldelar Rohden ²⁾ ligamentapparaten i sin helhet, såväl lig. teres som mest lig. coronarium en hufvudsaklig betydelse för lefverns hållande i normalt läge.

Landau framhåller bland de anatomiska fästemedlen lig. coronar. och ligg. triangularia samt förbindelsen med vena cava, men han anser att den förnämsta uppbärande apparaten är tarmarne ³⁾, ”på hvilka lefvern hvilar liksom på en luftkudde”.

I öfverensstämmelse med dessa olika uppfattningar vexla äfven uppfattningarne angående orsakerna till lefverns sänkning. Somliga anse den ensamt beroende på en förlängning (congenital eller förvärfvad) af ligamentapparaten (Meisner, Leopold, m. fl.), andra på en förminskning af tarmarnes uppbärande förmåga; och då denna oftast står i närmaste sammanhang med bukväggens beskaffenhet, så anses just denna senares förslappning sp. hängbuken af många för ett af de väsentligaste ætiologiska momenten för rörlig lefver. I öfrigt framdragas af olika författare ungefär samma orsaker som uppgifvits orsaka rörlig njure: minskadt intraabdominelt tryck (Winkler), inverkan af korsett (Cruveilhier); denna anser dock Landau verka skyddande; inverkan af kjortelband (Chvostek); akuta och, kanske i högre grad, upprepade traumer; hårdt mekaniskt arbete (Sutugin,

¹⁾ Berl. kl. Wochenschr. 1887. N:o 38, s. 715.

²⁾ D. med. Wochenschr. 1887. N:o 6, s. 106.

³⁾ l. c. sid. 38.

Chvostek)¹⁾; hosta, nysning etc.; allmän afmagring och svaghetstillstånd; upprepade hafvandeskap. Flera af dessa orsaker verka väl indirekt genom förslappning af den ligementösa vidfästningsapparaten och denna förslappning jemte förminskad uppbärningsförmåga af andra organ kan man kanske betrakta såsom de väsentliga orsakerna till lefverns abnorma rörlighet; mera tillstötande orsaker torde vara hårdt arbete, hosta, nysning etc. och hårdt åtdragna kjortelband, hvilka senare dock oftare tyckas åstadkomma en form- än en lägeförändring. I detta sammanhang upptagas ej andra, mera patologiska orsaker; emfysem, pleuritiska exsudat, lefversvulster etc.

Diagnosen af rörlig lefver fastställes hufvudsakligen genom palpation och perkussion. Man finner en fast tumör i bukhålan och kan ofta med lätthet, af dess form och bildning föröfrigt bestämma, att det är af lefvern. På samma gång kan man genom perkussion bestämma, att den normala lefverdämpningen är försvunnen. Allt detta iakttagar man oftast bäst, om pat. är i stående ställning. I pats ryggläge närmar sig ofta lefvern till sitt normala läge och detta kan underhjälpas genom tryck utifrån, uppblåsning af tjocktarmen etc.

Följande sjukdomsberättelse må tjena som typ:

(Sjukdomsberättelse N:r 6. Söderberg)²⁾.

Hustru Kristina Jansson 62 år. Korsbyn, Åmåls landtförsamling.

⁷/₁ 90 infann sig patienten på min mottagning, klagade öfver symptom af enkel dyspepsi samt oregelbundenheter i afseende på afförningen. Till 1876 har pat. haft god hälsa, aldrig varit hemsökt af någon allvarsam sjukdom. Genomgått intill denna tid 4 barnsängar, alla med normalt förlopp. ²/₄ 1876 den 5:te barnsägen; låg till sängs 14 dagar, utan att vara sjuk på minsta sätt. Då pat. efter denna tid steg upp, började hon efter någon dag känna sveda i nafveltrakten och smärtor i korsryggen. Detta endast då hon gick uppe. Vid stillaliggande ingen smärta. Afföringen började blifva trög. Pat. har härför vid flere tillfällen rådfrågat läkare, som diagnosticerat "magkatarrh". Någon buktumör icke iakttagen. Smärtorna hafva återkommit hvarje dag, men alltjemt efter några minuter försvunnit, då pat. lagt sig i ryggläge. De 3 sista åren har pat. sjelf märkt, att "något var löst och for af och an i magen, då hon ändrade ställning". Denna sista upplysning gaf pat. dock först sedan hon, efter verkställd undersökning, tillfrågades om saken.

Vid undersökning af buken finnes, då pat. står, öfre lefverdämpningen i mamillarlinien börja först 3 cm nedom bröstkorgranden; nedre dämpningsgränsen är i samma linie 16 cm nedom bröstkorgranden, i medellinien 11 cm nedom nafveln. Emellan öfre dämpningsgränsen och högra lungans nedre gräns tarmlon. Å hela mellanliggande område matt ton

¹⁾ Af ofvanstående namncitat äro de flesta tagna från Landau l. c. och från Mann: Ein neuer Beitrag zur Lehre von den Wanderorganen. D. med. Wochenschr. 1891. N:o 35. sid. 1033.

²⁾ Hygiea 1890. N:o 4. Förh. sid. 94.

Lunds Univ. Årsskr. Tom. XXVII.

(vid sakta perk.), vid palpation kännes här en svag konvex, fullt slät yta af fast konsistens. Nedtill kännes tydligt hela nedre lefverkanten, som till följd af de slappa bukbeäckningarne kan fattas mellan fingrarne. Incisura umbilicalis kännes ock tydligt, och något till höger derom den grunda incismen för gallblåsan. Då pat. satt sig ned och sakta ändrar sin ställning till ryggläge, ser och känner man tumören flytta sig uppåt. Nu sträcker sig dämpningsgränsen från nedre bröstkorgranden till 13 cm dernedom i mam.-linien. När pat. lägger sig på venster-sida, flyttar sig tumören åt venster så långt, att den venstra gränsen är 10 cm utanför naveln. Nedre lefverranden kan, i hvilket läge som helst, utan svårighet palperas; vid venstersidigt läge tror jag mig ock känna lig. suspens. som en smal sträng.

Af denna berättelse framgå såväl hållpunkterna för diagnosen af typiskt rörlig lefver som ock de obehag den plägar förorsaka. Dessa äro dels allmänna, som förekomma vid närvaro af hvarje rörlig, större svulst i bukhålan: en känsla af "att något åker omkring", dels de särskildt tillkommande rörlig lefver, nämligen att svårigheterna ökas vid pat:s upprätta ställning, vid försök till kroppsarbete m. m.; och att derjemte ofta smärtor förefinnas, särskildt lokaliserade i trakten af naveln och i ryggen, stundom beskrifna som en "gördelkänsla", hvars läge temligen noga motsvarar insertionen af diafragma (Rohden ¹⁾, Rosencrantz ²⁾); Dessa smärtor och obehag torde väl hafva sin förklaring i ren mekanisk stramning och tryck utgående från lefvern. Särskildt egendomligt är, att icterus ytterst sällan tycks förekomma. I somliga fall finns tydligen angifvet, att den ej förekommit, i andra finnes den ej omnämnd, hvilket den väl otvifvelaktigt skulle varit, om den verkligen varit tillstädes. Perrone ³⁾ anför ett fall med lätt icterus och Landau ⁴⁾ har också ett fall, men detta var ej rent, utan kompliceradt med peritonit och icterus fanns blott i början, visserligen 3 veckors tid, men ej sedermera under de två år fallet observerades.

Ofta är lägeförändring och rörlighet hos lefvern förenad med lägeförändringar af andra organ: genitalia, njure, tarm och ventrikel, då ju de ætiologiska momenten för dessa lägeförändringar kunna vara desamma och möjligen äfven lägeförändringen af ett organ kan medföra sådan af ett annat. Då blir sjukdomsbilden betydligt komplicerad och om pat. företer sjukliga förändringar eller har subjektiva obehag, kan det blifva synnerligen svårt att afgöra

¹⁾ l. c.

²⁾ l. c.

³⁾ Un caro notevolte di fegato migrante. Il morgagni. Settembre 1886 cit. eft. Virchow & H.

⁴⁾ l. c. s. 165.

hvilka af dessa man har att tillskrifva lägeförändringen af hvarje särskildt organ, och framförallt blir det nödvändigt, att med allra största omsorg söka utforska, huruvida ej, utom lägeförändringarne, äfven kunna förekomma andra mera viktiga anatomiskt-patologiska förändringar hos det ena eller andra organet, hvilka förändringar vid närmare granskning blifva de mest öfvervägande vid bestämmandet af så väl diagnos och prognos som behandling.

Dislokation af ventrikeln och gastrektasie.

Ventrikeln lägeförändringar kunna vara många, hvilket är helt naturligt hos ett organ, der den fysiologiska rörligheten är så stor. Hos barn ligger ventrikeln betydligt olika, mera vertikalställd, än hos fullväxta och i vanliga fall ändrar sig ventrikeln läge, dels vid den normala digestionsakten, i det den anses vrida sig kring sin egen längdaxel, dels är läget, särskildt af dess nedre gräns beroende på graden af magsäckens tomhet eller fyllnad. Det är ej dessa lägeförändringar som här afses, utan qvarstående sådana, som yttra sig hufvudsakligen genom sänkning af ventrikeln, delvis eller i sin helhet.

Gastrektasien hör egentligen ej inom ramen för denna framställning, ty ehuru den visserligen kan betraktas som en sänkning af stora kurvaturen, så är det ej en sänkning af ett föröfrigt friskt organ, utan af ett med fullt påvisbara patologiskt-anatomiska förändringar. Men då sammanhanget mellan dislokation af ventrikeln och gastrektasie är intimt i det att den förra lätt öfvergår i den senare, och det kanske till och med är antagligt, att vid hvarje gastrektasie förekommer dislokation, primär eller sekundär, samt dessutom undersökningsmetoderna i begge fallen äro desamma, så har jag ansett mig böra äfven intaga beskrifningen af gastrektasien. I båda fallen gäller det nämligen att undersöka magsäckens storlek, läge och motoriska förmåga och ofta är det den senare, som får afgöra huruvida man bör snarare antaga en dislokation än en gastrektasie.

Redan att bestämma den normala magens storlek, d. v. s. kapacitet, stöter på stora svårigheter. Sådana undersökningar kunna väl fullt exakt endast

göras på lik, men det torde vara synnerligen tvifvelaktigt om de resultat, man dervid erhåller, kunna tillämpas på den levande magen.

Försök hafva ej fattats att hos den levande menniskan söka fastställa magens kapacitet, men metoderna äro så otillförlitliga och medföra så pass obehag, att de väl äro alldeles öfvergifna. Man har försökt, att genom uppmätning af den mängd vätska, som kunde inhållas eller den mängd gas, som kunde inblåsas, bestämma magens förmåga att rymma. Men fränsedt de felkällor, som kunna uppkomma genom absorption och utdrifning i tarmen, så blir gränsen för magens uppdrifning den, då försökspersonen ej längre hårdar ut, utan antingen får för svåra smärtor eller kräkningar; men denna förmåga att fördraga utspänning är synnerligen individuell hos friska, och ännu mera hos sjuka, och står visst icke i förhållande ensamt till magens storlek.

Under sådana förhållanden har man kliniskt måst nöja sig med att söka bestämma magsäckens gränser, och har man särskildt fäst sin uppmärksamhet vid undre gränsen, som är den mera tillgängliga, och utaf dess läge sökt få svar på frågan, om förstoring föreligger eller ej, och i allmänhet har man antagit, att om nedre gränsen ligger nedanför navvelplanet, så har man rättighet antaga gastrektasie.

Sålunda föreslår Leube en metod, som består i att införa en hård sond så djupt som möjligt i magsäcken, och sedan genom palpation å buken försöka uppfatta sondspetsens läge och derigenom bestämma lägsta punkten af ventrikeln. Metoden torde ej få anses alldeles ofarlig och dessutom misslyckas det ofta att genom bukväggen känna sondspetsen. Men äfven om man känner denna, är det dock ej sagt, att man verkligen får läget för ventrikeln lägsta punkt, ty dels kan sonden haka upp sig i ett slemhinneverk och således stå för högt, dels kan den, vid eftergiftig magvägg, bukta ut denna och således stå för djupt; Leube anser därför också ektasie föreligga först då, när man känner sondspetsen så långt ned som vid en lin. som förenar begge spin. ilei ant. sup. Dock äfven i bästa fall får man härigenom ej angifvet annat än lägsta punkten af ventrikeln och denna är ej ensamt afgörande för bestämmandet af utvidgning.

Andra metoder gå ut på att genom perkussion och palpation komma till rätta med saken och bestämma ventrikeln nedre eller om möjligt äfven öfriga gränser. Den nedre gränsen får man genom att undersöka på fylld ventrikel, eller genom att ömsom inhålla och utsuga vatten (Piorry, Canstatt, Penzold); man erhåller då ett område af halfmånform med convexiteten nedåt, hvarå

framkommer ömsom matt, ömsom mer eller mindre utpräglad tympanitisk ton, förutsatt att man har patienten stående upprätt. Metoden är af intresse därför att den i viss mån motsvarar de naturliga förhållandena, ty hvad man i sjelfva verket vill veta är ju hur ventrikeln förhåller sig, då den är belastad med föda. Olägenheterna äro, att man endast får bestämd nedre gränsen af magsäcken, och att man måste hafva en synnerligen sondvan, tålig och välvilligt sinnad patient. Vid de försök jag sjelf gjort, har det egentliga resultatet varit att så väl patient som jag blifvit grundligt genomblötta.

De metoder som mest användas äro magsäckens uppdrifning med gas, vare sig luft eller annan gas, oftast kolsyra. Härigenom får man ej blott nedre gränsen, utan äfven i viss mån magsäckens öfriga gränser bestämda, och stundom, vid dislokation, kan man på det fullständigaste se och känna hela ventrikeln genom bukväggen. Dock är det att märka, att man får endast ventrikeln storlek vid en viss grad af gasutspänning.

I allmänhet begagnas två sätt: införandet af en slang och sedan uppblåsning med luft medelst en dubbelbalong (Runeberg, Ewald). Är patienten sondvan är metoden afgjort att föredraga, ty man kan fullständigt dosera utspänningen och undviker derigenom en del olägenheter. Är patienten deremot ej sondvan eller finnes skäl att ej införa sond, stöter metoden på stora svårigheter eller är omöjlig.

Den andra metoden, uppblåsning med kolsyra, sker vanligast genom ingifvande af vinsyra och bikarbonat (Frerichs, Mannkopff, Ziemzen), ungefär en rågad thesked af hvardera. Metoden är ju enkel, men olägenheten är, att det är svårt att docera utspänningen; är det en stor magsäck, så blir den ofta så lite utspänd, att man ej får något verkligt resultat af undersökningen, är magsäcken deremot liten eller särdeles känslig, så erfar patienten ofta ett ganska betydligt obehag. I de flesta fall är ju detta synnerligen lätt öfvergående, ty genom uppstötning befriar han sig från gasen. Men fall förekomma och jag sjelf har haft ett sådant, der flere timmar efter uppblåsningen helt hastigt synnerligen svåra obehag med plågor i ventrikeln, kallsvette etc. inträdde; plågorna föreföllo vara betydliga och patientens tillstånd oroade omgifningen i högsta grad. Vid undersökning fans en synnerligen spänd ventrikel och patienten kunde ej åstadkomma någon uppstötning; genom införande af en magslang bereddes tillfälle för gasen att gå bort och det hela var öfver, lika hastigt som det kommit. Om

mera allvarsamma faror kan framkallas genom uppblåsningen, är nog ej tillräckligt fastställt. Jag har dock sett ett fall (ej mitt eget): en ung flicka, der man möjligen misstänkte magsår, fast inga afgjorda tecken fanns derpå; särskildt hade aldrig blodkräkning förekommit; det hela tydde på bilden af en kloros. Undersökning gjordes medelst fräspulver på gastrektasie med negativt resultat. Hon klagade ej vid undersökningen öfver några vidare obehag, men följande morgon kom hon in (polikliniskt), och hade då haft en synnerligen våldsam magblödning. I detta enstaka fall är väl omöjligt att bestämma förhållandet: orsak och verkan, men det är åtminstone för mig själf manande till försigtighet.

Rosenbach ¹⁾ föreslår en metod, som ej direkt anger ventrikelnus storlek (vid denna fäster ej R. särskild vikt), utan magväggens förmåga att reagera emot ett tänjande tryck. Han inhåller en viss mängd vatten, söker bestämma gränsen för vätskans yta (genom framkommandet eller upphörandet af gasbubblor vid inblåsning genom sonden) och undersöker sedan hur denna vätskeyta förändrar sig vid inhållning af mera vätska eller efter utpumpning af densamma. "Till en viss grad, som synes bero på kontraktionsförmågan och elasticiteten af väggen, åstadkommer ihållande af vätska en mer eller mindre betydlig stigning af vätskenivån i magen; utpumpning af en lika mängd vätska, som förut blifvit inhållt, åstadkommer en ungefär motsvarande sjunkning af vätskeytan. Om man, genom införande af en viss mängd vätska, ej har framkallat någon höjning af vätskeytan, så åstadkommer det snart derpå följande aflägsnandet af samma mängd ett vätskestånd lägre än det förut konstaterade. Vid plötslig belastning (af den förut måttligt fyllda magen) med 800—1200 cm kan man ej höja nivån i en grad, som motsvarar införandet af en så stor quantitet, och det inträffar till och med ofta efter få minuter ett sjunkande af vätskeytan".

Undersökningen är ju kliniskt af stort intresse både med afseende på diagnos och behandling, mig förefaller dock svårigheterna vid utförandet synnerligen betydliga och jag har ingestädes sett metoden vara i användning.

Äfven anskultationen har man tagit till hjälp i och för bestämningen af magsäckens förhållande. Patienterna själfva eller den undersökande kunna, genom åtskilliga manipulationer, från buken framkalla olika ljud. Man skiljer mellan plaskande ljud samt kurrande eller qväkande etc. De senare framträda då

¹⁾ Der Mechanismus und die Diagnose der Mageninsufficiënt. Volkmanns Vorträge N:o 153 ss. 25 ff.

magsäcken endast håller luft och kunna framkallas af patienterna i stående ställning genom sammandragning och förslappning af bukväggen eller af undersökaren genom tryck med fingrarne. Dessa ljud hafva diagnostiskt och kliniskt ingen betydelse, de kunna förvexlas med de förra och derigenom gifva anledning till misstag, och dessutom spela de för vissa patienter en stor rol och äro ofta, särskildt för hypokondriskt anlagde, en aldrig sinande källa till dystra tankar (Kussmaul). De kunna framkallas af och hos, så väl friska som sjuka personer, särskildt om morgnarne eller annars på fastande mage.

Vida viktigare är plaskningsljudet. Detta uppkommer i bukorganen, likasom annars, då luft och vätska skakas ihop. Det kan framkallas på flerehanda sätt, af personen sjelf eller af undersökaren, genom skakning af kroppen i sin helhet, eller genom en stötvis utförd palpation med fingrar eller hand. Fast det väl är säkert att Bouchard går för långt då han identifierar plaskningsljud med magdilatation, och därför också anser detta onda vara särdeles allmänt, så gifver dock undersökning i denna riktning ganska goda hänvisningar. Boas ¹⁾, Obrastzow m. fl. framhålla värdet af metoden och för egen del instämmer jag med dem, att man mycket ofta genom att undersöka utbredningen af plaskningsljudet kan, bättre än genom perkussion, bestämma särskildt ventrikelns nedre gräns. Olägenheten är att man egentligen endast kan bestämma denna, och att ofta, då samma fysikaliska betingelser kunna förekomma annorstädes, särskildt i Colon transversum, det är svårt att döma hvarest ljudet uppkommer. Temligen afgörande härvidlag är om ett förhandenvarande plaskningsljud försvinner, sedan man uttömt vätskan i ventrikeln.

Af ofvanstående torde framgå att det just ej är brist på föreslagna metoder, men att, då ingen af dem lyckats tillvinna sig något egentligt, mera allmänt erkännande, det torde nog vara klart att de allesammans, hvar och en för sig, lämna en del öfrigt att önska. Undersökningarne gå alla ut på, att hufvudsakligen genom perkussion och auskultation söka afgränsa ventrikeln i dess helhet från omgifningen, och särskildt att bestämma dess nedre gräns. I förra fallet gäller det att begränsa magsäcken från dels lufttomma, dels lufthaltiga organ och är detta gentemot de förra i allmänhet temligen lätt så tillvida, att man ofta får en rätt bra gräns, men denna är ofta betydligt mera afgörande för läget af det lufttomma organet, än för ventrikelns. Detta gäller hufvudsakligast

¹⁾ Boas, Allgemeine Diagnostik und Therapie der magenkrankheiten. 1890. sid. 71.

förhållandet till lefvern, ty äfven om man får en skarp nedre lefvergräns, så återstår att bestämma den del af magsäcken, som möjligen ligger bakom lefvern. Man kan nog ofta, genom starkare perkussion påvisa, att bakom lefvern ligger ett lufthaltigt organ och göra det sannolikt, att det är ventrikeln, men ett bestämdt resultat är svårt, ofta omöjligt att nå. Äfven mot lungan kan det vara svårt bestämma magsäckens öfre gräns, just därför att man ej får någon skarp sådan. Det förekomma förändringar i lungan, som göra att perkussions-tonen öfver densamma, blir mer eller mindre lik den öfver buken och då är ofta resultatet tvifvelaktigt. Mest gå metoderna ut på att bestämma den mera tillgängliga nedre gränsen af ventrikeln och således afgränsa denna mot de öfriga lufthaltiga organen i bukhålan. Då den fysikaliska beskaffenheten af dessa är densamma som magsäckens, så är ju svårigheten gifven, särskildt som magsäckens lägeförhållande till colon transversum är temligen oberäkneligt, ty det förekommer ej sällan en förskjutning af colon transversum uppåt, hvarvid den vanligast lägger sig framför magen och denna blir pressad och trängd mot bakre bukväggen (Luschka)¹⁾ Dock kommer man genom upprepade försök med en eller flere metoder vanligen någotsånär till resultat.

Förr antog man, att så snart man kunde påvisa, att magens nedre gräns låg nedanför nafveln så fanns en gastrektasie. Mer och mer har man dock kommit under fund med att denna uppfattning ej var riktig, och att ett sänkt läge af stora kurvaturen i och för sig betyder intet med afseende på diagnosen magutvidgning, dertill fordras, att samtidigt kunna påvisa, att magens begge ändpunkter cardia och pylorus ligga i deras normala läge och att ej den ena eller begge äro dislocerade och således ej blott undre randen af magsäcken, utan äfven ena ändan eller magsäcken in toto är sänkt.

Diagnoserandet af en dislocerad ventrikel är stundom ganska lätt, om man t. ex. vid uppblåsning med kolsyra, ser hela ventrikeln afteckna sig genom bukväggen och kan bedöma dess läge såväl som storlek. Kan man deremot endast bestämma nedre gränsen och finner denna ligga nedanför nafveln, så är saken tillsvidare ofafgjord, tills man kunnat fastställa öfre gränsen, men äfven om denne skulle vid perkussion visa sig ligga ovanligt långt ned, så är frågan ej dermed löst, ty då man endast kan bestämma den del af ventrikeln, som ligger intill bukbröstväggen, så återstår att afgöra huruvida ej den låga grän-

¹⁾ l. c. sid. 227.

sen är beroende på att lefver eller lunga trängt sig emellan och aflägsnat den öfre delen af ventrikeln från väggen i högre grad än vanligt, eller om det verkligen föreligger en sänkning af densamma.

Detta kan i vissa fall ej afgöras genom hittills kända metoder, att bestämma magsäckens storlek, och man får då taga till hjälp annan undersökningsmetod och söka bestämma magens motoriska funktion. Föreligger en gastrektasie, så ingår i dess begrepp, att magens förmåga att tömma sig i tarmen är minskad i större eller mindre grad, men, som jag vill försöka visa, är detta ej fallet med den enbart dislocerade ventrikeln. Således är bestämmandet af magsäckens motoriska funktion afgörande för att skilja fallen åt och af största vikt att kunna fastställa.

Innan jag öfvergår till beskrifning af de metoder, medelst hvilka man sökt utröna magsäckens förmåga att tömma sig i tarmen, torde det vara skäl att med några ord omnämna de åsikter, som för närvarande äro rådande angående sättet, på hvilket ventrikelns muskulatur verkar vid dess sammandragning.

Den gamla åsikten var, att längs ventrikeln i dess helhet fortlöpte en peristaltisk eller antiperistaltisk våg; att sammandragningen visserligen var starkare i pylorusdelen, men att den började vid ena ändan och fortlöpte utan afbrott till den andra. Härvid ansågo några, att rörelsen började vid pylorus och antiperistaltiskt fortgick till cardia, för att der vända om och gå tillbaka till pylorus; andre att den började vid cardia och förlöpte först peristaltiskt sedan tvärtom.

Från denna uppfattning skilja sig de nyare undersökningarne, gjorda dels och hufvudsakligast på djur, dels på menniskor med mag- eller tarmfistlar; och med dessa stämma enstaka äldre iakttagelser. Den väsentligaste olikheten i uppfattningen är, att det ej skulle förekomma en sådan fortlöpande, sig öfver hela magsäcken sträckande, peristaltisk rörelse. Vid sammandragningen förhålla sig olika delar af magsäcken olika, och deras sammandragning försiggår mer eller mindre oberoende af hvarandra. Vanligen kan man afskilja hela pylorusdelen från den öfriga delen af magsäcken. Gränsen mellan dessa afdelningar markerar sig vid sammandragningen tydligt genom en insnörning, åstadkommen genom en starkare sammandragning af de på gränslinien liggande ringformiga musklerna. Somlige antaga endast en sådan fåra (Oppenheimer, Schiff, Openschowski), andre två (Hofmeister & Schütz, Schmidt), eller till och med flera (v. Pfungen)¹).

¹) Ueber Atonie des Magens. Klinische Zeit- und Streitfragen. 1887.

Oppenheimer¹⁾ sammanställer saken så, att när födan kommit ner i magsäcken, uppkommer först en allmän sammandragning af hela magsäcken kring födan, en tonisk kramp, som han kallar för Peristole. Under tiden ser man blott obestämda oscillationer här och hvar, eller också ett fullständigt stillastående (Schwartz, Magendie, Schiff). Varaktigheten af denna sammandragning är i hög grad vexlande. Under tiden är pylorus fast tillsluten och släpper ingenting igenom.

Förr eller senare öfvergår detta tillstånd i peristaltik. Härvid delas magsäcken i två afdelningar genom en insnörning på midten, hvilken uppkommer långsamt, kan vara temligen djup och qvarstå flere minuter. Genom denna fåra delas magsäcken i en högra pylorus-del och en venstra cardia-fundus del. Dessa afdelningar hafva hvar sin särskilda peristaltik, som ej öfvergår från den ena till den andra. På pylorus-delen ser man en antiperistaltisk våg, som börjar på duodenum, passerar pylorus och går fram till insnörningen, för att sedan återvända som peristaltisk våg. Detta upprepas några gånger, derefter paus. Härunder iakttages ingen förslappning af pylorusringen. På cardia-fundus delen förekomma endast peristaltiska rörelser från cardia till insnörningen, men aldrig antiperistaltiska. Dessa rörelser å de olika delarne äro oberoende af hvarandra, så att samtidigt med en peristaltisk rörelse å venstra delen, kan förekomma en antiperistaltisk å den högra; å ena sidan kan vara sammandragning samtidigt med stillestånd å den andra. Midtelfåran kan vara temligen djup, men de öfriga rörelserna äro så pass ytliga att de ej inkräkta på magsäckens lumen (Schiff). Vid curvatura minor synes ej försiggå någon förändring. Oppenheimer anser magsäckens motoriska kraft ej nog stark att kunna öfvervinna motståndet af pylorusmuskeln, och att maginnehållet utsläppes genom att pylorus då och då öppnar sig sjelf. Han anser att impulsen till detta öppnande ej utgår från magen utan från tarmen, då deremot alla retningar i magsäcken endast framkalla ett slutande af Pylorus.

Openchowski²⁾ förlägger insnörningen "på gränsen mellan öfre och mellersta tredjedelen" af magsäcken, stundom något lägre. Från denna fåra utbreder sig en peristaltisk rörelse öfver pylorusdelen, under det på cardia-delen ej iakttages någon rörelse alls. Vid cardia sjelf och vid pylorus förekommer ett omvexlande öppnande och slutande af desamma.

¹⁾ Ueber die motorische Verrichtungen des Magens. Deutsche med. Wochenschr. 1889. N:o 7.

²⁾ Ueber die gesammte Innervation des Magens. Deutsche med. Wochenschr. 1889. N:o 35.

Hofmeister u. Schütz¹⁾ antaga två, tätt vid hvarandra liggande insnörningar. Sammandragningen börjar vid cardia och fortskrider till strax innan den kommer till antrum pylori, der den avslutas med en djup insnörning (präantrale Einschnürung); derefter börjar andra faser, sammandragningen af antrum pylori med en insnörning af sphincter antri pylori och fortskrider till pylorus; denna sammandragning skulle dock sakna den peristaltiska typen. De framhålla öfverensstämmelsen mellan deras iakttagelser och Beaumonts²⁾ på hans pat. med magfistel; hvad Beaumont kallar "Transversalband" skulle motsvara och förhålla sig som deras sphincter antri pylori.

Antagandet af en sådan partiell, betydligare sammandragning af en viss del af ventrikeln har dock redan tidigare förefunnits. I fysiologiskt hänseende synnerligen intressant är den af A. Retzius³⁾ gjorda beskrifningen öfver verkan af det muskelstråk på ventrikeln som kallas fibræ obliquæ. Genom dettas sammandragning skulle bildas längs curvatura minor en halfkanal eller till och med ett slutet rör, förande från oesophagus till antrum pylori, och genom hvilket vätskor skulle kunna passera från matstrupen ut i tarmen eller tvärtom, utan att komma i beröring med det öfriga innehållet i magen.

Detta Retzii antagande synes i högsta grad bekräftas af iakttagelser, gjorda af Key⁴⁾. angående förändringarne af magslemhinnan hos personer, som förtärt frätande syror. Dervid fann han, att slemhinnan ej var i sin helhet angripen, utan i några fall var "slemhinnan i hela curvatura minor och i hela antrum alldeles förstörd, och detta med ytterst skarp gräns just vid öfre gränsen af musculus obliquus, under det att slemhinnan i hela den öfriga delen af ventrikeln ej alls var korroderad". I ett annat fall var "slemhinnan *fullkomligt* förstörd och aflägsnad ända från cardia till omkring 2 à 3 cm från sphincter pylori — — —. Den här qvarvarande slemhinnans gräns är mycket skarp och tvär, men med utlöpande spetsar".

På sista tiden hafva undersökningar gjorts af några franska författare

¹⁾ Archiv f. experiment. Pathologie. Bd. 20. s. 1.

²⁾ Neue Versuche und Beobachtungen über der Magensaft und die Physiologie der Verdauung von Beaumont, übers. v. Luden. Leipzig 1834. Cit. efter Hofmeister u. S. samt efter v. Phungen.

³⁾ Archiv für Anatomie, Physiologie etc. 1862, s. 136, cit. eft. Luschka, der Bauch, s. 190.

⁴⁾ Hygiea 1888, n:o 12. Förhandl. s. 272.

Laborde¹⁾ (på menniskor) och Larger²⁾ (på hundar) och de anse sig kunna påvisa denna samma verkan af *muscule obliqui*. Den förre säger: "dessa (m. obliqui) kunna tjenstgöra som sphincter. ej blott för att låta vätskor oblandade passera utan äfven för att qvarhålla den fasta födan i fundus.

Trots intressanta undersökningar, är magens sätt att sammandraga sig ännu föga utredt och detta är ju naturligt då ännu kännedomen om dess innervation är så godt som ingen. Äfven försvåras undersökningarne deraf, att det förefaller, som om man af undersökningar på djur, endast med största försigtighet kan draga slutsatser angående verksamheten af den menskliga magen; och studiet af denne sjelf erbjuder synnerliga svårigheter.

De metoder, som i nyare tiden blifvit föreslagna, att bestämma ventrikelns motoriska verksamhet, äro Klemperer's oljemetod och salol-metoden.

Klemperer³⁾ innehåller genom slang 105 gm olja i ventrikeln (han anser c:a 5 gm fastna i slangen). Efter en viss tid nedför han åter slangen och sköljer ventrikeln samt bestämmer den quantitet olja, som kommer tillbaka. Beroende på den mängd som fattas anser han sig kunna bedöma ventrikelns motoriska verksamhet, då han antager att den ej återvunna oljan blifvit öfverförd till tarmen. Metoden har för så vidt jag vet ej funnit gillande på något håll och afgörande invändningar hafva gjorts mot densamma. Ewald och Boas, som för andra ändamål gjort försök med olja, betona, att den förlust man gjorde af olja, som fastnade i veck af magslemhinnan och i apparaten aldrig kunde beräknas, och att man därför ej på något vis kunde draga slutsatser af den mängd olja man fick tillbaka. Ännu viktigare äro anmärkningarne mot metodens princip. Det är ju gifvet att man måste använda ett ämne, som ej påverkas af magsaften och ej är utsatt för att resorberas ur magsäcken, men på samma gång får man ej uttryck för ventrikelns motoriska funktion under normala förhållanden; ty det framhålles från flere håll, att en viss funktion ej kan på detta sätt isoleras, då magsäckens samtliga funktioner inverka på hvarandra, och att särskildt absorptionen utöfvar betydligt inflytande på den motoriska verksamheten⁴⁾. Då detta utan tvifvel är rätt, så faller dermed hela metoden.

¹⁾ Recherches et experiences sur deux supplicés. in bulletin academ. méd. avril 1887.

²⁾ Essai critique et expérimental sur les muscles lisses, 1870. Begge cit. eft. Dameure: Des mouvements de l'estomac chez l'homme. Thèse de Paris 1887.

³⁾ Ueber die motorische Thätigkeit den Menschlichen Magens. D. med. Wochenschr. 1888, n:o 47, s. 962.

⁴⁾ Diskussionen öfver K:s föredrag. D. med. W. l. c. sid. 991.

Vida större uppmärksamhet har salolmetoden förvärfvat sig. Utgående från Nencki och Sahlis undersökningar, att salol ej förändrades i magsäcken, men väl, under påverkan af pancreasfermentet, sönderföll i salicylsyra och phenol, sökte Ewald och Siewers¹⁾ utforska, om man möjligen härigenom skulle kunna få en metod, att undersöka magens motoriska förmåga.

Då salolen ej i magen sönderdelas, och den i tarmen afskiljda salicylsyran kan såsom salicylursyra i urinen påvisas, så kunde tiden för början af denna afsöndring, jemfört med tiden för salolens intagande, vara ett uttryck för den tid magsäcken behöft att utpressa salolen. De gjorde först undersökningar, hvilka de ansågo bevisa, att salol ej resorberades ur magsäcken, samt vidare på salolens förhållande i tarmen. De funno att det ej behöfdes pancreasferment, utan endast alkalisk vätska, för att sönderdela salolen, och att vid införande af salol direkt i tarmen åtgick c:a 20—30 min. innan afsöndring af salicylursyra kunde påvisas.

De gjorde derefter försök med friska personer och ansågo sig kunna fastställa, att det dröjde, $\frac{1}{2}$ oftast $\frac{3}{4}$ och högst 1 timme efter intagandet af salol, innan reaktion i urinen kunde påvisas (med jernklorid); denna tid för början af den normala afsöndringen har sedermera²⁾ utsträckts till $1\frac{1}{4}$ timme. Deremot funno de under patologiska förhållanden (typisk magektasi), tiden för afsöndringen mer eller mindre fördröjd, och de ansågo detta så typiskt att de i två fall, der personen ej alls klagade öfver sin mage, men der en betydlig förseuing af afsöndringen förekom, ansågo sig böra misstänka en "occult dilatation", hvilken vid derpå företagen undersökning (uppblåsning) visade sig verkligen finnas. Vidare ansågo de sig med denna metod kunna påvisa den gagnliga inverkan af vissa ingrepp, såsom elektricitet och strychnin-behandling.

Undersökningar af Einhorn och Metz tycktes bekräfta deras iakttagelser. Den sistnämnde³⁾ hade till och med funnit att det förefinnes en "direkt proportion mellan reaktionstiden uttryckt i minuter och graden af affektion och den motsvarande, enligt kliniska iakttagelser supponerbara, motoriska förmågan hos magsäcken".

Det dröjde dock ej länge innan andra uppfattningar gjorde sig gällande.

¹⁾ Therap. Monatsh. 1887.

²⁾ Deutsche med. Wochenschr. 1888, s. 619.

³⁾ Metz, Ueber die Verwendbarkeit des Salols zu diagnostischen Zwecken bei Prüfung der Magenfunktion. Greifswald 1888. Cit. eft. Ewald D. med. Wochenschr. 1889, n:o 11, sid. 211.

Metoden förutsätter för sin giltighet att salolen alltid kommer från ventrikeln omedelbart i alkaliskt tarminnehåll, men det påstås af flere, deribland äfven af Ewald att detta ej är fallet utan att innehållet i öfre delen af tunntarmen kan på obestämd sträcka reagera surt. Dessutom framhåller med rätta Brunner¹⁾: endast "under den förutsättningen, att af följande processer: öfverförandet af salolen i tarmen; dess sönderdelning derstädes; resorptionen af salicylsyran; dess afskiljande genom urinen, den andra, tredje och fjerde äro alltjemt konstanta storheter ej blott hos en och samma individ, utan äfven hos olika, kan enligt Ewald och Siewers tiden, som förflyter mellan salolens intagande och dess första påvisande i urinen tjena som mått för magens motoriska förmåga". Brunner framställer, såsom resultat af sina experimentella undersökningar, bland annat: att vid försök med en och samma person (frisk) växlar inträdandet af reaktionen vid lika försöksanordning betydligt under olika dagar; ena dagen 40 min., den andra 70 min., var ej ovanligt. Ofta får man reaktion först efter en tid, som betydligt öfverskrider den af Ewald som normal fastställda. Äfven vid försök med sjuka stämde ej resultaten af salolproffet med de resultat angående magsäckens motoriska förmåga, som man hos dessa personer erhöll med andra metoder. Brunner fränkänner därför metoden diagnostiskt värde. Detta medgifves äfven delvis af Ewald, som frångått sin förra uppfattning, att metoden skulle vara nog känslig, att kunna konstatera nyttan af vissa ingrepp i och för förbättrandet af magens motoriska förmåga, och derjemte konstaterar han, att man vid magektasier ej får brukbara resultat²⁾. Med Brunner öfverensstämma äfven andra undersökare (Hubert, Decker) och dermed torde väl metoden, sådan Ewald föreslagit densamma, vara fallen.

Behovvet af en lätt och för patienterna ej obehaglig metod, att bestämma magens motoriska förmåga, är dock allt för stort, att man utan vidare skulle låta hela saken falla.

De föregående försöken hade gått ut på att bestämma första öfverförandet af salol resp. maginnehåll i tarmen. När magsäcken *börjar* att afbördas sig sitt innehåll under normala förhållanden, derom veta vi ytterst litet och ännu mindre veta vi huru dermed förhåller sig vid sjukliga tillstånd, eller om

¹⁾ Brunner: Zur Diagnostik der motorischen Insufficiens des Magens. Deutsche med. Wochenschr. 1889, n:o 7, s. 128.

²⁾ Ewald, Deutsche med. Wochenschr. 1889, n:o 11, s. 211.

ett försenande i öfverförandet af den första portionen medför obehag. Deremot veta vi kliniskt, att ett för länge qvarliggande maginnehåll, således ett försenadt öfverförande af den sista, större eller mindre återstoden, medför betydliga obehag och ofta svåra följder. Kliniskt taget är det för oss viktigt veta, ej när magen börjar töma sig, utan när den slutar, när den är tom. Det är ju möjligt att ett försenande i begge hänseenden ofta träffar tillsammans, men derom veta vi intet. Derför äro ett par arbeten af intresse som på allra sista tiden utkommit med afseende på salol-metoden, der författarne försökt, om man kunde få användbara resultat, genom att undersöka hur länge afsöndringen af salicylursyra fortfor, efter det man intagit en viss mängd salol. Dessa författare Hubert¹⁾ och Silberstein²⁾ hafva kommit till i det allra närmaste samma resultat, och framhålla begge, att vid de särskilda försöken, synnerligen små vexlingar förekommit. Begge hafva funnit att hos friska resp. magfriska personer salicylurafsöndringen upphört efter 24 à 26 tim., högst 30 à 32 tim.

N:o	Grupp	Antal fall	Antal försök	Ingen reaktion efter timmar	Ännu reaktion efter timmar
1	friska	12	24	24	
2	magsjuka utan motor. rubbning	14	26	24—30	
3	magsjuka med motor. rubbning	12	25		30
4	gastrektasier	26	50		30
5	atoine af tarm	12	23	24—30	
		76	148		

¹⁾ Hubert, Zur Bestimmung der motorischen Thätigkeit des Magens. Münch. med. Wochenschr. 1889, n:o 19, s. 325.

²⁾ Silberstein, Zur Diagnose der motorischen Insufficiens des Magens. Deutsche med. Wochenschr. 1891, n:o 9, s. 324.

efter intagandet. Deremot hos magsjuka kan denna afsöndring räcka betydligt längre, i vissa fall ända till 50 å 70 timmar. Enligt Silberstein kan det till och med hända, att ingen reaktion inträdt 24 tim. efter intagandet, men att den kommer senare och fortfar längre eller kortare. Silberstein sammanställer sina fall i en tabell (se föregående sida).

Huru öfverensstämmande nu dessa försök må vara och huru önskvärdt det vore att man, med denna modifikation af salol-profvet, skulle kunna få praktiskt användbara resultat, så är det dock svårt att frigöra sig från den förmodan, att tarmen och dess förhållande, sekretoriska, motoriska och resorptions, ej skulle hafva ett betydligt och vexlande inflytande på tiden för reaktionens uppkomst. Silbersteins undersökningar på 12 tarmsjuka (atonie, kron-perityphlit m. fl.) tyckes ju tala deremot, men ännu äro väl för få undersökningar gjorda och dessutom har det ej saknats framställningar i motsatt riktning, en synnerligen beaktansvärd af Pal¹⁾ som anför följande fall:

(Sjukdomsberättelse n:o 7. Pal.)

Patienten var med. stud. och led af sjukdom i digestionsorganen; magsäcken fans alltid fyra timmar efter en bestämd middagsmåltid tom. För att pröfva magsäckens förhållande till salol, så gafs två olika dagar 1 gm, en half timme efter middagen. Urinen undersöktes i begge fallen, första gången 1 timme efter middagen och fick man då reaktion på salicylursyra. I ett fall bestämdes tiden, hur länge afsöndringen fortfor och fastställdes den till 50 timmar. En annan gång bestämdes tiden för reaktionens första inträdande mera noggrant och fick man den efter 35 min. Fyra timmar efter salol-intagningen sonderades och sköljdes magsäcken, och fans då, mot vanligheten innehåll, emedan patienten olofvandes hade en timme förut druckit ett glas mjölk. I det uppkomna maginnehållet kunde (efter sönderdelning) salol påvisas; i detta fall hade således ej hela mängden salol kommit öfver i tarmen, men ändå fortgick afskiljandet med urinen under 48 timmar.

Ett dygn senare gjordes ett nytt försök. Äfven i detta fall började afskiljandet genom urinen efter 35 min. Fyra timmar efter salolintagningen sköljdes magsäcken och var då alldeles tom, likaväl fortsattes afskiljandet under 72 timmar. Patienten var ytterst förstoppad och hade under tiden för de sista försöken, d. v. s. under sex dagar ingen öppning.

Hela metoden fordrar nog vidare undersökning.

Den enda verkligt brukbara metod vi för närvarande ega är den gamla Leube-Riegel'ska, att bestämma medelst sondering hur länge födan, efter en viss bestämd måltid, ligger qvar i ventrikeln. Tiden är olika för olika måltider och därför är det af praktiska skäl synnerligen önskvärdt, att endast en eller två måltider, kvalitativt och kvantitativt lika, öfver allt komme till användning.

¹⁾ Wiener kl. Wochenschr. II, 1889, n:o 48.

Gastrektasien är kliniskt känd sedan gammalt. Allmänt är man ense om, att med begreppet gastrektasie menas en förstorad ventrikel med mer eller mindre rubbad motorisk funktion. En förstorad magsäck med bibehållen eller ökad motorisk förmåga megastrie (Ewald)¹⁾, blir väl endast tillfälligtvis eller om man särskildt söker derefter upptäckt, då den i och för sig ej gifver några sjukliga symptom.

Att deremot, som Ewald²⁾ i ett senare arbete, tala om megastrie eller megalogastrie med minskad motorisk förmåga och särskilja denna form från den typiska gastrektasien, torde ej bidra att förenkla förhållandena. Skälet till hans framställning är ej svårt att fatta, ty hvad vi med nuvarande metoder kunna påvisa som gastrektasie, skiljer sig med afseende på symptomens intensitet i en mängd fall himmelsvidt från den gamla klassiska sjukdomsbilden; man märker därför här och hvar hos författarne en viss tvekan, att sätta diagnosen gastrektasie i till utseendet mera lätta fall.

I sjukdomsbilden är, vid okomplicerade fall, magsäckens oförmåga att tömma sig det öfvervägande viktigaste symptomet; på denna oförmåga bero så godt som alla svårigheterna och obehagen; på utsigten att kunna återställa eller förbättra den motoriska funktionen beror prognosen. Detta kan ej betonas klarare än i följande framställning af Kussmaul — von der Velden³⁾: "Det må framhållas att vi, då fråga är om magutvidgning, endast mena sådana typiska fall, der den föregående dagen intagna födan om morgonen — ej blott en enstaka gång, utan upprepade gånger, ja stundom alltjemt — ännu ej blifvit aflägsnad ur magsäcken, utan kan i mer eller mindre förändradt tillstånd upphemtas ur densamma. Detta är åtminstone det i praktiskt hänseende viktigaste tecknet på en typisk gastrektasie. En frisk mage är på morgonen tom, derpå kan man ej tvifla; den kan väl tillfälligtvis för en gång behålla födan öfver natten, men det tyder alltid på allvarsammare rubbning, om ett sådant tillstånd qvarstår under längre tid. Vidare måste en frisk mage blifva tom mellan de särskilda måltiderna, liksom en frisk urinblåsa måste vara omvexlande full och tom d. v. s. fullständigt sammandragen. Tömmes denna ej fullständigt, så leder detta så småningom till utvidgning och alldeles detsamma gäller för

¹⁾ Die Krankheiten des Magens. 1889. sid. 110.

²⁾ Berl. kl. Wochenschr. 1890. N:o 13 sid. 303.

³⁾ D. Arch. f. kl. Med. Bd. 23. 1879 sid. 369.

magsäcken. Det finnes personer med stor urinblåsa, rymmande oerhörda mängder urin, men man kan ej tala om utvidgning, så länge de förmå regelbundet tömma dessa stora mängder äfven om detta sker blott sällan, två å tre gånger dagligen. Likaså finnes det personer med stor magsäck som kunna, kemiskt och fysikaliskt, fullständigt bearbeta stora mängder föda utan minsta obehag. Det fins många storätare af vana, och många diabetici med oerhörd magsäck, hvilka dock samvetsgrant lösa de stora mängderna föda, för så vidt den rikligt afsöndrade magsaften öfverhufvudtaget räcker till, och som derefter öfverföra dessa till tarmen i och för vidare bearbetning. Det faller ingen in att behandla en sådan excentrisk hypertrofi af magsäcken med sond eller magpump. Derför är det af mindre betydelse, att genom gasutveckling, sondering eller andra dylika metoder bestämma ventrikeln storlek, än att genom utsköljning på morgonen af den — sit venia verbo — fastande magsäcken öfvertyga sig, huruvida den innehåller matrester eller ej".

Ännu skarpare framhålles denna uppfattning af Rosenbach ¹⁾, som lägger nästan ensamt vigten på att bestämma graden af magens funktionsförmåga, så väl den digererande, som den utdrifvande; ty är magsäcken så förstörad, att den kan bestämmas som otvifvelaktigt utvidgad, äro magens funktioner äfven i så hög grad rubbade, att man endast på grund af dessa kan sluta sig till en utvidgning. Han påpekar, att om man gifver akt på funktionsförmågan, kan diagnosen sättas i tid, då deremot, vid ensam undersökning på utvidgning, diagnosen kommer för sent, så att man ej kan bringa någon verklig hjälp.

Så viktigt det är att betona, att man ej får nöja sig med att ensamt undersöka magsäckens storlek, så får man dock akta sig att ej gå för långt åt andra hållet. Ty enligt Rosenbach's uppfattning skulle den kliniska bilden af motorisk insufficiens eller atonie komma att helt och hållet inrangeras inom den kliniska bilden af ektasie. Men det torde vara skäl, att hålla dessa sjukdomsbilder skilda åt, ty de äro i anatomiskt hänseende olika, och huru nära än de kliniska bilderna stå hvarandra, i det atonien i hög grad disponerar till ektasie och i många fall öfvergår i denna, hvarvid det ofta kan vara omöj-

¹⁾ Rosenbach, Der Mechanismus und die Diagnose der Mageninsufficiens. Volkmann, Saml. kl. Vorträge. N:o 153. 1878. Jfr. Petersson, Några erfarenheter beträffande den inre magduschens användning. Ups. Läkarfören. Förhandl. Bd. XVI. 1881.

ligt att kliniskt uppdraga någon gräns, så är dock *prognosen* i det ena eller andra fallet synnerligen olika.

v. der Veldens fall voro ektasier, beroende på mer eller mindre utpräglad pylorus-stenos, der den motoriska funktionen var betydligt minskad. Skäl torde dock vara att till bilden gastrektasie hänföra ej blott sådana fall, utan alla, der hos en förstorad magsäck, med till buds stående medel, en rubbning af den motoriska funktionen kan påvisas, om ock i betydligt mindre grad.

Det är möjligt att härigenom uppfattningen af gastrektasiens betydelse kan i någon mån blifva olika med den man på vissa håll sedan gammalt har, och att en del symptom, som förut gällt för de mest typiska, såsom t. ex. kräkning och synliga peristaltiska rörelser i magsäcken, komma att förlora en del af sin allmängiltighet. Men man får större enkelhet och reda i begreppen och man föres till att undersöka på gastrektasie äfven i dess tidiga stadier, då de subjektiva besvären kunna vara relativt obetydliga; och detta kan vara af synnerligen stor vikt.

Orsakerna till gastrektasien kunna vara många; de kunna alla sammanfattas under rubriken: rubbning af magsäckens motoriska jämvigt (Oser)¹⁾. Stundom kunna flere orsaker samverka, antingen samtidigt eller den ena följande efter den andra, och det är då ofta svårt afgöra, hvilken som varit den primära. I andra fall åter visar sig redan från början, att skilda ætiologiska moment kunna framkalla olika kliniska sjukdomsbilder,

(Sjukdomsberättelse N:o 8. Kussmaul)²⁾.

Flicka. 25 år. Utvidgning af magsäcken, antagligen i följd af Ulcus pylori. Hypertrophie af Pylorus och kronisk magkatarrh. Ytterlig afmagring. Egendomliga krampanfall. Helsa.

M. W. Bondflicka. Lider sedan sitt 11:te år af magbesvär. Hon fick, sedan hon ätit, ofta svåra smärtor i magtrakten och kräktes sura massor; hon förlorade krafterna, var dåligt nutrierad och blek. Sedan hon, vid 14 års ålder, slutat skolan, kommo kräkningarne oftare efter måltiderna, hvarannan och hvar 5:te dag. Vid 15 års ålder hade hon hela sommaren frossa af tertian, sedan qvartan typ. Menstruationen började vid 20 års ålder, var regelbunden under 3 år, men har sedan varit borta. Från sitt 21 till 23 år var hon nästan alldeles fri från kräkningar, fastän ingen förändring i hennes lefnadssätt inträffat. Under denna tid fördrog hon maten bra, kände sig må bra och blef, ej just stark och fet, men kraftig nog till kroppsarbete ute.

Vintern 1864—65 återkommo, utan känd anledning, häftiga smärtor och kräkning efter måltiderna. I början kom kräkning blott en gång dagligen, sedermera, under minskning

¹⁾ Oser, Die Ursache der Magenerweiterung etc. Wienerklinik 1881. h. 1.

²⁾ Arch. f. kl. Med. Bd. VI. Berättelsen förkortad.

af smärtorna, flera gånger. Aptiten var fortfarande god. Patienten kände, sedan hon ätit, spänning och tryck i maggropen, derefter fick hon sura uppstötningar och slutligen, 1—5 timmar efter måltiden, kräkte hon upp 500—2000 cc. surt smakande och luktande massa. I kräkningen eller afföringen fanns aldrig blod. Patienten magerade och blef på våren 1867 så dålig, att hon måste ligga till sängs största delen af, ja slutligen hela dagen.

Åtta dagar före påsken 1867 fick patienten ett krampanfall, som räckte en hel timma. „Krampen“ började i magen och dertill kom andnöd; patienten förlorade förmågan att tala och extremiteterna angreps af tonisk kramp, särskildt i vaderna och armarnes böjmuskler. Hon bibehöll medvetandet. Liknande anfall kommo igen 9 gånger, de räckte ibland några minuter, ibland en qvart till en half timma. De kommo alltid när patienten, efter ofta upprepade kräkningar under en dag, var synnerligen utmattad.

— — — (Den sjuka ansågs förlorad och fick endast med svårighet inträde på sjukhuset).

Patienten liten, spenslig byggd, mycket blek, synnerligen aftärd och kunde ej lemna sängen. Endast buken var i ögonfallande genom sitt omfång. Den squalpade och man kunde lätt påvisa genom inspektion och perkussion den utvidgade magen, som sträckte sig ned i hypogastriet, samt de peristaltiska rörelserna i densamma. Vid lunga och hjerta iaktogs ingenting särskildt. Den sjuke kräktes åtminstone 1 gång dagligen, ofta flere gånger, alltid med stor ansträngning 1 $\frac{1}{2}$ à 2 liter, sura gråbruna massor, innehållande sarcina. Efter kräkningen när buken var tom lyckades det ofta att känna en rund, slät, ej fullt valnötstor, hård och rörlig kropp eller „tumor“, som låg på djupet mellan naveln och högra hypochondriet, och att döma af läget tycktes motsvara pylorus. Patienten klagade öfver tryck och sveda i magen, var missnöjd och vid odrägligt lynne. Hon led af sömnlöshet; afföringen trög; urinen sparsam.

(Föreskrefs behandling, som delvis medförde förbättring.)

Juni. Uppkräkning af sura massor förekom åter hvar annan à tredje dag, upphörde vid slutet af månaden under 5 dagars tid; men patienten led alltjemt af tryck och sveda i magen, och 1 à 2 dagar innan hon kräktes, stegrade sig besvären till verkliga kval. Understundom fick hon äfven, efter rikligare kräkning, de förr beskrifna krampanfallen. Ingen sömn utan morfin.

2:dra Juli fick hon för första gången kött (engelsk biffstek). I början tycktes hon fördraga den bra, men mot midten af månaden infunno sig de smärtsamma kräkningarne åter oftare, nästan dagligen, patienten klagar öfver tryck, sveda, syra och svaghet, och måste hela dagen ligga till sängs.

D. 22 Juli såg jag den sjuka vid morgonronden; buken var betydligt uppdrifven, hon klagade öfver häftig sveda, en squalpande rörelse i magen och starka qvälningar. Kräkning var tydligen nära förestående. Hela natten hade varit kvalfull och sömnlös.

Berättelsen beskriver en flicka, som redan under barndomen var klen i följd af en del sjukdomar, hvaribland äfven sådana med symptom från digestionsapparaten. Sedan blir hon bättre och håller sig kry under 2 års tid, så att hon kan deltaga i kroppsarbete, men derefter sjuknar hon ånyo med mera akut början och mera våldsamt förlopp, så att hon på cirka 2 år bringas till ett ytterligt nedsatt tillstånd, och anses hopplöst förlorad. Som mest i ögonen

fallande symptom framstå redan från början de upprepade, obehjdbara, häftiga och synnerligen plågsamma kräkningarna. Plågor och obehag kommo efter ätningen och lättade efter kräkningen. Hon kräktes stundom hvar dag, stundom mera sällan, och i sistnämnda fall voro plågorna under de fria dagarne synnerligen kvalfulla och tilltogo tills genom uppkräkning af stor mängd, jäsande maginnehåll lättnad inträdde. Såsom betecknande för fallet må äfven framhållas, att vid inspektion af buken, kunde man öfver magtrakten iakttaga peristaltiska rörelser. Dessa två symptom: kräkningar af en viss typ och synligheten af magens peristaltik hafva sedan länge ansetts typiska för gastrektasien, och de äro det också, men hufvudsakligast i de fall der ektasien beror på ökad hinder för födans öfverförande i tarmen, särskildt vid stenosis af pylorus eller närliggande del. Man finner också hos flere författare en viss benägenhet att endast för denna, den gamla klassiska bilden, bibehålla diagnosen gastrektasie. Dessa symptom äro dock ej nödvändiga för diagnosen; fall finnas, som kliniskt måste betraktas som gastrektasie, der de ej förekomma, och der dessutom början och förloppet af sjukdomen är betydligt olika med den klassiska typen.

(Sjukdomsberättelse N:o 9 eget fall.)

Fröken E., 17 år. Pat. har temligen godt hull och ser ej särskildt sjuk ut, fastän något blek. Hon har sedan många år haft plågor i maggropen efter maten, men har aldrig kräkts. Nu sämre sedan c:a 3 månader, med ökade plågor och dålig aptit. Känner sig föröfrigt bra.

Vid inspektion och palpation af buken fanns intet abnormt. Lungor, hjerta och lever normala. Ventrikelns läge bestämdes, efter uppblåsning med fräspulver, vara i venster sida från 6:te refbenet (i manillarlin.) till c:a 2 å 3 finger nedanför nafveln, men obetydligt till höger om medellin.

13. VI. 91. Kl. 10 f. m. åt hon frukost, bestående af the och bröd.

Kl. 11 f. m. (1 tim. efter målt.) togs upp ett prof af magsaften. Reakt. på fri saltsyra, totala aciditeten 44.

16. VI. Kl. $1\frac{1}{2}$ 12 frukost af the och bröd. Efter $2\frac{1}{2}$ tim. upptogs magsaft. Reakt. (svag) å fri saltsyra; vid derefter verkställd sköljning fanns många födorester kvar.

24. VI. Kl. 9 f. m. frukost af the och bröd; $4\frac{1}{2}$ tim. efteråt var vid utsköljningen vattnet betydligt grumligt af födorester.

7. VII. Kl. 9 f. m. frukost af the och bröd. Vid utsköljning 5 tim. efteråt fanns ganska många rester kvar.

I detta fall hade enligt pats uppgift aldrig kräkningar förekommit.

Stundom förekomma de, men ej i någon högre grad, och framförallt är pats allmäntillstånd betydligt mindre oroande än man skulle vänta sig, att döma af undersökningen.

(Sjukdomsberättelse N:o 10 eget fall.)

Fru H. 36 år. Ser något blek ut, men ej vidare aftärd; går uppe i sitt arbete. Hon är möjligen något nervös, men ej alls neurastenisk. Har födt 2 barn, det sista för två och ett halft år sedan. Säger sig vara sjuk sedan två år, dock ej beständigt, utan känner sig kry ibland. Hon klagar öfver tyngd i magen, kräkningar, dåligt smakande uppstötningar. Känner sig ofta dålig om natten. Hon har för en månad sedan fått en benickemask utdrifven. Lider äfven af hufvudvärk.

Från bröstets organ intet att anmärka.

Lefverdämpningen går i manillarlinien från 7:de refbenet och ligger nedre gränsen jäms med bröstkorgranden.

Ventrikeln (upplåst) sträcker sig från 5:te refbenet ned till två finger under nafveln och går öfver till höger om medellinien.

Vid palpation af buken påträffades rörlig njure å höger sida.

19. VI. 91. Åt kl. 10 f. m. the och bröd; Efter 1 $\frac{1}{2}$ tim togs ett prof af magsaft. Reaktion å fri saltsyra; totala aciditeten 35. Två timmar efter måltiden togs nytt prof. Reaktion å fri saltsyra; totala aciditeten 41. Derefter sköljdes och kommo dervid stora massor upp.

25. VI. Åt kl. 7 f. m. ett halft bröd och litet kaffe. Vid sköljning 6 timmar efteråt kom mycket upp. (Dessa rester qvarlägo möjligen delvis från föregående dag).

14. VII. Hon har efter utsköljningen känt sig bättre. Hon hade ätit kl. 8 f. m. kaffe och bröd; vid sköljning 4 $\frac{1}{2}$ tim. efteråt, kom något upp, men ej mycket.

Dessa begge fall synas mig böra betraktas som fall af gastrektasie. I båda fallen var ventrikelns motoriska funktion betydligt nedsatt, och stora kurvaturen låg rätt betydligt under nafvelplanet, utan att någon sänkning af ventrikeln kunde påvisas. Begge pat. sågo ej så medtagna ut, som man skulle tänkt sig, då en så allvarsam affär som ektasie kunde påvisas. Hur gammal denna var, är svårt att säga, men utan tvifvel hade den utbildat sig så småningom. Ännu förelåg, utom förstoringen, blott rubbning af den motoriska funktionen, då deremot den kemiska tycktes vara tillfredsställande, i det fri saltsyra fanns och ingen jäsningshyperaciditet förekom.

I intetdera fallet kunde någon peristaltisk rörelse öfver magtrakten iakttagas, och dessutom var hela förloppet vid båda betydligt olika mot fallet n:o 8.

Det karakteristiska ligger deri, att i dessa fall förloppet ända från början utvecklar sig långsammare, med mindre utpreglade besvärligheter och mindre rubbadt allmänt helstillstånd, och anser jag dem höra till den grupp af ektasier, der muskelsvagheten är den direkta orsaken till ventrikelns oförmåga att tömma sig; oberoende af, om denna muskelsvaghet är primär eller sekundär.

Mellan dessa begge grupper finnes en tredje, hvars kliniska symptom kunna falla mer eller mindre inom området af den första eller andra, och der från början finnes hvarken stenosis eller insufficiens hos muskulaturen, men der belastningen är för stor; den orsak till magutvidgning som finnes hos dem, som förtära stora kvantiteter mat eller dryck.

Då hindret för magsäckens tömmande beror på en stenosis, så finnes denne vanligast i pylorus eller i området närmast derintill, i antrum pylori eller duodenum.

Stenosen kan uppkomma på olika vis; den kan vara congenital och Henschel¹⁾ beskriver sjukdomsförhållandet hos barnen i en familj, hvilka samtliga (4), ända från födelsen, ledo af tecken till stenosis, och sedermera af magdilatation; i ett fall gjordes obduktion, som bekräftade diagnosen.

Oftast har stenosen utbildats långt senare och den vanligaste, eller åtminstone bäst iakttagne och bäst konstaterade, beror på nybildningar eller ärrsammandragningar, vare sig dessa hafva sitt säte i sjelfva väggen af mage eller tarm, eller i omgifningen. Dessa fall blifva vanligen ej okomplicerade gastrektasier, ty dels äro tumörerna som regel maligna, dels förutsätter ärrbildningen en föregående affektion af allvarsam art. Bilden af ektasien sammanträffar därför ofta med bilden af en allmän, konstitutionell, eller en annan lokal affär. Dessutom framkallar den orsakande förändringen stundom ej blott stenosis utan äfven, beroende på i hvad mån magsäckens muskulatur försvagas, motorisk insufficiens. Ty annars iakttaga man vid dessa stenoser, särskildt vid ärrsammandragning en kompensation, genom hypertrofi af magmuskulaturen, visande sig kliniskt genom synlig, d. v. s. ökad peristaltik och stundom äfven genom palpabel förtjockning af magväggen.

Mer eller mindre gissningsvis hafva äfven andra orsaker till stenosis framställts. Dels en tilltäppning af pylorus genom en ansvällning eller hypertrofi af slemhinnan, dels en reflektorisk kramp af pylorus, eller sphincter antri pylori (v. Pfungen) framkallad antingen genom en för starkt saltsyrehaltig magsaft (Riegel m. fl.) eller genom retning af förhandenvarande ulcerationer (Oser). Vidare har man ansett att stenosis i duodenum kunde förorsakas af vin-

¹⁾ Henschel, Ueber Megenerweiterung im Säuglingsalter. Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 13. 1891.

kelböjning vid öfvergången mellan pars horisontalis och pars descendens duodeni, åstadkommen genom sänkning af den redan utvidgade magen (Kussmaul) ¹⁾ eller genom stramning utgående från den rörliga njuren (Lindner) ²⁾ eller genom sänkning af tarmen (Glenard), slutligen också genom direkt tryck af en rörlig njure (Bartels).

I samma riktning som en förträngning, d. v. s. genom ökad motstånd för ventrikelns tömning, verkar en förökning af lyfthöjden. Ju större uppsbacke födan har att passera, desto större arbete fordras. Härvid får man dock ej räkna lyfthöjden från magens lägsta punkt till pylorus, ty det kan hända att pylorus sjelf är lägsta punkten, i följd af sänkning, och då skulle således lyfthöjden vara utplånad (Oser l. c.), och denna sänkning skulle i så fall utgöra ett underlättande för magens tömning. Så är dock ej fallet, tvärtom, och detta beror på att lyfthöjden måste beräknas från magsäckens lägsta punkt upp till öfvergångsstället mellan pars horisontalis och pars descendens duodeni, som är den fixerade punkten, hvilken födan måste passera för att komma in i den för digestionen viktiga delen af tarmen. Under normala förhållanden utjemnas i följd af ventrikelns kontraktion denna lyfthöjd; alla moment, som bidraga till en fixering af ventrikelns lägsta punkt motverka denna utjemning och verka således försvårande på uttömmandet (Oser l. c.).

I andra fall åter förer allt som försvagar den utdrifvande kraften, ventrikelns muskulatur, om förhållandet blir länge bestående, till utvidgning i följd af ansamling af födan och dess tyngd. Förhållandet börjar primärt eller sekundärt som enbar motorisk rubbning och utvecklar sig så småningom till förslappning och uttänjning af väggen. Sådant tillstånd kan inträda vid nedsatt allmäntillstånd och således följa efter åtskilliga akuta eller mer och mindre kroniska sjukdomar, typhoid etc., chloros, anämi etc. Orsaken kan äfven vara mera lokal, förändring af magsäckens muskulatur oedematös ansvällning, bindväfsnybildning, atrofi, stäsförhållanden, kronisk katarrh m. m.

Muskulaturen kan vidare vara förlamad eller atonisk genom ändradt nerfinflytande, och äfven kunna finnas hinder för kontraktionen genom fixering af magsäcken. I dessa fall inträffa ofta utom rubbning af den motoriska förmågan äfven rubbning af magens kemiska verksamhet och ofta är det svårt att afgöra hvilken-

¹⁾ l. c.

²⁾ l. c.

dera som är den primära eller secundära. Naunyn ¹⁾ och Riegel ²⁾ lägga en hufvudsaklig vikt vid den kemiska rubbningen och den denna åtföljande jäsningsprocessen.

Stora mängder föda, fast eller flytande, verka dels genom sin tyngd, dels genom den retning de kunna framkalla. Begreppet för stor mängd föda är relativt; personer med kraftiga magfunktioner i alla afseenden kunna fullständigt väl bearbeta stora quantiteter under det att betydligt mindre mängd redan är för mycket för en mage med svaga funktioner. Detta förhållande är af stor vikt i flera hänseenden, det ger en fingervisning för den dietiska behandlingen samt förklarar också delvis en del ektasiers latent och intermittenta förlopp i början; patienterna komma snart under fund med att obehagen lindras om de minska quantiteten föda, de bereda sig en delvis behagligare tillvaro, men komma deremot att lida under följderna af otillräcklig föda.

Härvid får man dock komma ihåg, att det ej är födans quantitet eller kvalitet i och för sig, som är det ensamt afgörande, utan den beredning den undergår i digestionskanalen. En liten måltid af god beskaffenhet kan, om den är illa tuggad eller om magsaften ej är i stånd att bearbeta densamma, verka lika tyngande och skadligt, som under andra förhållanden en större mängd eller olämplig föda.

Derför spelar i alla fall af magektasie, hvilken orsaken än må vara, äfven magens öfriga funktioner, den kemiska och resorberande, en synnerligen viktig roll. Den kemiska förmågan kan vara normal; oftare är den dock förändrad, och det kan finnas så väl brist på fri saltsyra som ökad mängd af sådan med de hvardera fallet åtföljande förändringarne. Det var just vid fall af ektasie, som de första kliniskt-kemiska magsaftundersökningarne gjordes, och det var här man gjorde den upptäckten, att i vissa fall förefanns fri saltsyra, i andra deremot ej, och det var härvid som den förhoppningen uppkom, att man hade fått ett tillförlitligt och i tidiga stadier användbart medel att skilja de på cancer beroende ektasierna från andra.

¹⁾ Ueber Verhältnisse des Magengährung zur mechanischen Insufficiens des Magens. D. Archiv f. kl. med. Bd. 31, 1882, s. 225.

²⁾ Zur Diagnose und Behandlung der Magenerweiterungen. D. med. Wochenschr. 1886, no 37, s. 63.

*

*

*

Det torde vara nödvändigt, att i allra största korthet nämna några ord om de nyare åsigterna angående betydelsen af saltsyrans förhållande i magsaften; då äfven inom den senaste tidskriftslitteraturen och till och med äfven i de senast utkomna speciella handböckerna motsägelser finnas rörande sjelfva grundfrågorna.

Utgående från den fysiologiens lära, att saltsyra är den syra, som normalt afsöndras i magsäckens körtlar, och att denna i förening med de speciella fermenten är den i hufvudsak verksamma kemiska faktorn vid digestionen i magsäcken, var det naturligtvis just på närmare undersökning af denna syras förhållande under normala och patologiska tillstånd som uppmärksamheten kom att riktas.

Att magsaften reagerade surt visste man sedan länge, och man visste äfven att den normalt innehöll fri saltsyra, d. v. s. som ej ingått någonsomhelst förening, hvarken kemiskt fast eller mer och mindre lös. Frågan blef att kunna i hvarje fall påvisa och om möjligt bestämma denna fria saltsyra.

Utgående delvis från undersökningar gjorda i och för bestämmandet af mineralsyror i ättika var von der Velden ¹⁾ en af de förste, som gjorde undersökningar med vissa färgämnen på magsaftens syror, för att kunna skilja dem åt. Det gällde att kunna skilja saltsyran från andra i magsäcksinnehållet förekommande syror, i vanliga fall organiska af ett eller annat slag, hvilka dels införts med födoämnena, dels uppkommit i följd af dessas sönderdelning i magsäcken. I de allra flesta fall ställer sig emellertid frågan praktiskt så: att skilja saltsyra från mjölksyra.

Metoden grundar sig på att vissa färgämnen vid inverkan af mineralsyror förändra färg, denna färgförändring uppkommer visserligen äfven genom inverkan af organiska syror, men det behöfs af dem en betydligt starkare concentration än af mineralsyror. Alla mineralsyror gifva reaktion, men i magsaften kunna ju i vanliga fall alla utom saltsyra uteslutas. De färgämnen von der Velden använde voro methylanilin-violett, fuchsin och Tropäolin. Med dessa kunde han påvisa, att i vissa fall magsäcksinnehållet gaf reaktion på fri saltsyra, i andra icke. Redan von der Velden påpekade, och detta är af betydelse, att der fri saltsyra fanns, egde maginnehållet förmåga att i en digestionsapparat ytterligare digerera tillsatt ägghvita, under det han

¹⁾ Ueber Vorkommen und Mangel der freien Salzsäure in Magensaft bei Gastrektasie. D. Archiv. f. kl. med. Rd. 23, 1879, s. 369.

ej kunde åstadkomma detta med den magsaft, der reaktionen med färgämnen utfallit negativt.

Sedermera hafva en mängd andra färgämnen föreslagits, sp. congorödt (Hösslin, Riegel¹⁾).

Metoden fick genast vedersakare; det framhölls att färgämnen påverkades äfven af organiska syror och detta i högre grad än man från början trott, och det visades, att i patologiskt maginnehåll kunde särskildt mjölksyra finnas i sådan concentration, att den gaf starkt utslag, och att man således förleddes att antaga fri saltsyra, der sådan ej fanns.

Anmärkningen är riktig, färgämnen visa betydligt olika känslighet för organiska syror, ej blott de olika slagen färgämne, utan äfven samma slag utgången från olika fabrikanter. Detta har förorsakat stor oreda och mycken tvist.

Denna felkälla har numera ingen betydelse; jemte anilinfärgämnen finnas andra ämnen, som gifva utslag så godt som ensamt vid närvaro af fri saltsyra, nämligen Phloroglucin-Vanillin och Resorein-sockerlösning.

En annan invändning, som gjordes mot att fästa sig vid utslaget af färgämnereaktionerna föreföll betydligt mera tungt vägande: nämligen att reaktionen ofta blef negativ, äfven vid närvaro af saltsyra.

Det framhölls, att dessa färgämnen känslighet betydligt inskränktes och att reaktionen till och med kunde alldeles uteblifva vid närvaro af ägghviteämnen, pepton etc.; att om man hade ett maginnehåll med positiv syrereaktion, så behöfde man blott tillsätta ägghvita, pepton etc., för att reaktionen skulle försvagas eller helt och hållet försvinna. Denna invändning syntes ju alldeles nedgörande, då det just gällde att undersöka maginnehåll, der dessa hinderande ämnen ofta och i okänd mängd förekommo. En vidare bekräftelse fick denna uppfattning, då Cahn och von Mering²⁾ kunde påvisa kvantitativt, att i maginnehåll, der färgämnereaktionen (methylviolett) utföll negativt, fanns ändock ganska betydlig mängd saltsyra. Oppositionen mot nyttan af att göra färgämnereaktioner blef också ganska stark.

Från motsatta hållet åter vidhöll man, att undersökning med färgämnen hade synnerligen stor betydelse, ty endast det maginnehåll, som med dem gaf positivt utslag, hade förmåga att än vidare digerera ägghvita; det maginnehåll deremot,

¹⁾ D. med. Wochenschr. 1886, n:o 35, s. 601.

²⁾ Die Säuren des gesunden und kranken Magens, Archiv f. kl. med. Bd. 39, 1886, s. 233. Äfven: Cahn, Verhandl. d. Congr. f. innere med. 1887, s. 389 (derstädes diskussion).

med hvilket reaktionen utföll negativt, kunde detta ej; således angaf reaktionen en bestämd skillnad med hänsyn till maginnehållets fysiologiska förhållande (v. Noorden; Honigman ¹⁾, Riegel).

Fakta äro å begge hållen fullständigt riktiga; genom tillsats af ägghvita, pepton etc. kan en förhandenvarande färgreaktion bringas att försvinna, och genom Cahn & Merings med flere metoder kan man oftast i maginnehåll, der färgämnetoden gifvit negativt resultat, påvisa saltsyra. Den allmänt erkändt bästa af dessa metoder är den, som Sjöqvist ²⁾ utarbetat vid Karolinska Institutets kemiska laboratorium. — Å andra sidan må framhållas att som regel finnes en bestämd skillnad i magsaftens fysiologiska förhållande; allt efter som färgmetoden ger olika resultat.

Hela oklarheten beror på, att man ej från början gjort sig reda för hvad man menade med "fri" saltsyra; att man förvexlat och sammanblandat begreppen "*fri*" och "*secernerad*" syra.

Då födoämnen finnas i ventrikeln så förhåller sig nämligen den secernerade saltsyran på olika vis: dels kan den omsätta sig med i födan förekommande salter; denna mängd saltsyra anses dock vara mycket ringa. Vidare kan saltsyran binda sig vid ägghviteämnen etc. och slutligen förefinnas "*fri*", ej på något vis bunden. Det är endast denna "*fria*" saltsyra, som af färgämnena kan påvisas, och att denna reaktion försvinner vid tillsats af ägghviteämnen etc. beror just derpå att syran förenar sig med dessa och således ej längre är fri. Cahn & Merings, Sjöqvists m. fl. metoder påvisa deremot såväl denna "*fria*" saltsyra (om den finnes) som ock den vid ägghviteämnen bundna.

Genom titrering med t. ex. $\frac{1}{10}$ normal natronlut påvisas förhandenvarande så väl "*fri*" som vid ägghviteämnen bunden saltsyra, samt derjemte öfriga i maginnehållet förekommande syror och sura föreningar af hvad slag som helst.

Den del af den secernerade saltsyran som möjligen omsatt sig med salter påvisas ej genom någon af dessa metoder.

Nu hafva visserligen några författare bestämt hvad de mena med begreppet fri saltsyra, andra åter hafva deremot ej definierat detta och derigenom har oredan uppkommit och finnes fortfarande. De flesta tyskar mena nog

¹⁾ Ueber das Verhältniss der Salzsäure im carcinomatösen Magen. Zeitschr. f. kl. medicin Bd. 13, sid. 87, 1888. Äfven diskussionen i Verhandl. d. Congr. f. innere med. 1887.

²⁾ En ny metod att bestämma fri saltsyra i ventrikelinnehåll. Hygiea 1888, n:o 3.

numera med "fri" saltsyra endast den i alla hänseenden fria, d. v. s. den med Phloroglucin-Vanillin etc. påvisbara.

Sjöqvist och Mörner¹⁾ här i Sverige mena deremot med fri saltsyra "den som ej är bunden vid oorganiska baser", således såväl den alldeles fria som den med ägghviteämnen förenade, d. v. s. i hufvudsak den secernerade saltsyran, men de betona detta uttryckligen, så att deras uppfattning är klar.

För egen del sluter jag mig till den tyska uppfattningen. Det kan ju ej vara frågan om, att från fysiologisk och naturligtvis äfven från klinisk synpunkt den egentliga och hufvudsakliga vigten ligger på, huru mycket saltsyra vid ett gifvet tillfälle verkligen afsöndras, och numera bör väl ej i någon vetenskaplig undersökning, som har till föremål det fysiologiskt-kemiska vid ventrikeldigestionen, sådan undersökning saknas, då man numera har en så lätt utförbar och säker metod för bestämningen som den Sjöqvist'ska. Men det får betonas, att man därför ej bör lemna ur sigte att undersöka, om det verkligen finnes fri saltsyra, "öfverskottssaltsyra" som Rosenheim²⁾ kallar den, och det är skäl försöka bestämma äfven denna kvantitativt. Ty det står fast, att *som regel* det endast är med magsaft, som håller fri saltsyra, som digestionsprof kan utföras; det vill säga i en sådan magsaft finnes ej blott saltsyra tillräcklig för att utföra det arbete man gifvit den, genom att låta den bearbeta en viss bestämd måltid, utan det finnes äfven ett öfverskott, disponibelt för större fordringar på dess förmåga. En sådan magsaft är bättre och tillförlitligare, på den grund att den äfven under vexlande förhållanden kan utföra sitt värf.

Men man får emellertid alltid hafva klart för sig, då man bedömer en magsafts duglighet så gäller omdömet endast magsaftens beskaffenhet efter en bestämd måltid och en bestämd tid efter måltidens intagande. Ty det tör väl hända, att en magsäck efter en måltid af thé och bröd kan afsöndra tillräcklig saltäsyra, och ej blott den alldeles nödvändiga utan äfven ett öfverskott d. v. s. fri saltsyra; men det är dermed ej alls sagt, att dess afsöndringsförmåga efter t. ex. en middagsmåltid ger samma gynnsamma resultat. Till belysning vill jag meddela ett fall:

(Sjukdomsberättelse n:o 11. Eget fall.)

11. XII. 90. Fru M. 40 år.

Sjuk sedan 2 månader, men har den sista veckan blifvit sämre. Klagar öfver plågor i maggropen, "det kör upp åt bröstet", hjertklappning, stark väderspänning med uppstöt-

¹⁾ Saltsyrebestämningar å maginnehåll från friska och sjuka. Upsala läkarf. förhandl. Bd. 24, 1889, s. 491.

²⁾ Pathologie und Therapie der Verdauungsapparates. II h. p. 43.

ningar och väderafgång; efter uppstötningarne lättad; har qvälningar och kräks upp surt vatten; har god matlust, men vågar ej äta, mår äfven illa af vätskor; säger sig hafva magrat något; öppning hvar annan dag.

Kl. 10 f. m. 300 gm thé och 50 gm bröd.

Kl. 11 sondering. Fri saltsyra fanns; ingen mjölksyra; total aciditet 36.

12. XII. 90. Ätit middag kl. 3 e. m. (soppa, biffstek och bröd).

Kl. 7 e. m. sondering. Ingen fri saltsyra; mjölksyra fanns; totala aciditeten 65. Bland resterna odigererade köttbitar.

13. XII. 90. Frukost kl. 10 f. m. (thé och bröd).

Kl. 11 f. m. sondering. Fri saltsyra fanns; ingen mjölksyra; totala aciditeten 44.

Genom detta saltsyrans förhållande vid olika måltider är en än i dag synnerligen omtvistad fråga: hvilken profmåltid är den lämpligaste, något klargjord. Man får i allmänhet ej nöja sig med en slags måltid, utan använda så väl en lättare som ock en mera bastant, lika för alla undersökta, och så enkla som möjligt.

Men äfven är viktigt att taga i betraktande hur lång tid efter måltidens intagande magsaften undersökes. Som bekant kan ej fri saltsyra påvisas under hvarje afdelning af digestionen. Efter thé och bröd bör den normalt vara påvisbar och starkast 1 tim. efter ätningen, annars anses kemisk insufficiens förefinnas.

Detta är också i allmänhet fallet, men som bevis på hur försiktig man får vara vid bedömandet, och hur invecklade förhållandena äro, vill jag anföra följande fall, der en rubbning af magens motoriska förmåga fanns, och der uppträddet af fri saltsyra visade sig betydligt fördröjd:

(Sjukdomsberättelse n:o 12. Eget fall)

Hr. B. Magsjuk sedan flere år, men nu sämre sedan 4 veckor med sveda och plågor i maggropen sedan han ätit. Har förut haft kräkningar, men nu hafva dessa minskats; får upp surt vatten i munnen; har ingen aptit; säger sig hafva magrat något, men är vid temligen godt hull; ansigtet gult; huden torr.

Vid uppblåsning bestämdes ventrikelns gränser sträckande sig från 5:te refbenet å venster sida till c:a 3 finger under nafveln; magens motoriska förmåga var försvagad: 2½ tim. efter det han ätit ½ liter mjölk och ett bröd, fanns betydlig mängd föda kvar i magsäcken.

11. VI. 91. Hade kl. 11 f. m. ätit ½ liter mjölk och ett bröd (c:a 30 gm).

Kl. 12 (1 tim. efter) fick man vid sondering upp grofva, halfdigererade rester.

Ingen fri saltsyra (Phl.-Van.). Totala aciditeten 59.

20 cc. magsaft försattes med en skifva hårdkokt ägghvita i digestionsugn, 40° C. Efter 2 tim. var denna ej alls påverkad; följande dag var den digererad.

Kl. 1 e. m. (2 tim. efter) vid sondering kom upp temligen tunnflytande, betydligt digererade rester.

Stark reaktion på fri saltsyra. Totala aciditeten 76.

20 cc magsaft försattes med en ägghviteskifva (lika stor som i förra provvet) och ställdes i digestionsugn. Efter 2 tim. var nästan allt digereradt.

13. VI. 91. Ätit kl. 11 f. m. $\frac{1}{2}$ liter mjölk och 1 bröd.

Kl. 12 (1 tim. efter) kom vid sondering upp temligen grofva rester.

Ingen fri saltsyra. Totala aciditeten 59.

Kl. $\frac{1}{2}$ 2 e. m. ($2\frac{1}{2}$ tim.) kom vid sondering upp mycket, rätt bra digereradt.

Fri saltsyra fanns. Totala aciditeten 78.

* *

*

(Sjukdomsberättelse n:o 13. Eget fall.)

Frkn S. 17 år. Ektasia ventr.

28. VI. 91. Ätit kl. 10 f. m. thé och bröd.

Kl. $\frac{1}{2}$ 12 (1 $\frac{1}{2}$ tim. efter) sondering. Ingen fri saltsyra. Totala aciditeten 40.

Kl. 12 $\frac{1}{4}$ (2 $\frac{1}{4}$ tim. efter) sondering. Fri saltsyra. Total aciditet 49. Betydlig mängd qvar i magsäcken.

Den första patienten hade som profmåltid ätit mjölk och bröd, den andra thé och bröd, den förra således betydligt ägghviterikare föda; men äfven efter mjölmåltid anses fri saltsyra normalt förekomma 1 tim. efter intagandet. I båda dessa fall var således framkomsten af fri saltsyra betydligt fördröjd, och om ej förnyad sondering företagits, kunde man lätt tagit miste och jemte den motoriska rubbningen diagnosticerat äfven en kemisk; angående de omständigheter under hvilka ett sådant fördröjande kan ega rum, förefinnas mig veterligen inga undersökningar. Att göra sådana i stor skala stöter på svårigheter; de upprepade sonderingarne äro för patienterna just ej behagliga.

Om det således fordrar försigtighet att bedöma huruvida i ett gifvet fall fri saltsyra finnes eller ej samt dess betydelse i fall den finnes, så får man vara lika försiktig i sina slutsatser, om den bevisligen ej finnes.

Den åsigten att frånvaron af fri saltsyra skulle vara patognomoniskt för en viss sjukdom, t. ex. cancer, hyllas väl numera af ingen. Men äfven om man betraktar frånvaron endast som ett uttryck för en funktionsrubbning hos magsäcken, så är dermed svårigheten ej löst. Om man i ett gifvet fall ej kan påvisa fri saltsyra, så bevisar detta ej på något vis, att den i magsäcken befintliga födan ej blifvit lika fullständigt digererad, som i ett normalt fall. Det kan ju mycket väl hända, att den afsöndrade saltsyran varit nätt och jemt tillräcklig till fullständig digerering (den som försiggår i magsäcken) men ej räckt till för öfverskott. Denna latent (Mörner) saltsyra måste

ju i afsöndringsögonblicket betraktas som fri, det vill säga digestionsduglig.

Hur pass fullständig digestionen under sådana förhållanden är kan man tillnärmelsevis se, dels på utseendet af de fasta resterna i magsaften, dels genom att taga i betraktande den totala aciditeten, mjölksyrans förhållande och styrkan af peptonreaktionen, men för att säkert bedöma saken fordras ett kvantitativt bestämmande af denna afsöndrade, latent saltssyra. Att ett sådant maginnehåll dock ej är fullt normalt framgår deraf att det ej vidare kan digererat, om man till detsamma sätter fibrin; detta är regeln, men äfven derifrån finnas enstaka undantag; så har jag sjelf vid undersökning af magsaften hos phthisici och hos andra funnit, att äfven vid frånvaro af fri saltssyra fullständig digestion i ugn af en ägghviteskifva kan inträffa oftast mer eller mindre förlängsamman, men äfven någon gång på normal tid. Iakttagelser i samma riktning hafva gjorts af Klemperer och Fleischer ¹⁾.

Alla dessa förhållanden äro ännu i hög grad outredda, hvilket bäst framgår af de senaste undersökningarna angående desamma, der ännu många kontroverser förekomma ²⁾.

*

*

*

Oftast torde i ektasier förekomma brist på fri saltssyra. Dess sammanhang med ektasien är väl ej så lätt att i hvarje fall utreda. I de flesta fall beror väl bristen af saltssyra på en gastrit, vare sig denna är primär eller sekundär. Denna gastrit med bristande saltssyra kan vara det första stadiet och genom den bristfälliga kemiska digestionen, genom de i följd af saltssyrebristen uppkomna jäsningarna leda till en motorisk rubbning och i sista hand till ektasie. Den bristande halten af saltssyra kan vara åtföljd af betydligt förhöjd total aciditet, beroende på jäsningssyrorna. Stundom är rubbningen af den motoriska funktionen det primära, och genom födans för länge kvarstannande i ventrikeln framkallas gastriten och dess följder.

¹⁾ Verhandl. der Congr. f. innere med. 1887.

²⁾ Klemperer, Zeitschrift f. kl. med. Bd. XIV.

Salkowski, Virchows Archiv. Bd. CXXII.

Rosenheim (originalmittheil.), Centralblatt f. kl. medicin. 1891. N:o 39.

Hoffmann, (originalmittheil.) Centralbl. f. kl. medicin. 1891. N:o 42.

Andra fall förekomma, som kliniskt-kemiskt taget äro dessas motsats, der för stark saltsyrehalt, saltsyrehyperaciditet förefinnes. Dennas förhållande till ektasien kan vara olika. Då som regel vid *ulcus ventriculi* äfven förökad saltsyrehalt finnes, så väcker det ej förundran, att i de fall der *ulcus* eller dess följder (vanligen genom stenobildning) äro orsak till ektasien, äfven saltsyrehyperaciditet förefinnes. Men fall förekomma der det ej finnes stenosis, och der man ej har skäl att misstänka *ulcus*, men der ändå ektasie och hyperaciditet påträffas. Förhållandet dem emellan har Klemperer ¹⁾ sökt utreda. Han anser att orsaken till ektasien och hyperaciditeten kan vara densamma, såsom då för stor mängd groft sönderdelad föda af gröfre beskaffenhet både genom sin tyngd uttänjer magsäcken och genom sin retande verkan på slemhinnan framkallar för stark sekretion. Kommer det i dessa fall äfven till hypersekretion, d. v. s. afsöndring af magsaft äfven vid tom mage, så har man äfven att tänka sig en af den starka saltsyrehalten framkallad kramp i pylorus såsom bidragande till utvidgningen. Slutligen påpekar han att försvagandet af den motoriska funktionen kan vara det primära, och att den starka afsöndringen uppkommer genom retning af den i magsäcken qvarhållna födan.

Gastrektasien är ett synnerligen allvarsamt lidande. För ej lång tid tillbaka ansågs sjukdomen alldeles obotlig, och om man för närvarande ej i alla fall sätter prognosen så dålig, sätter man den dock alltid tvifvelaktig.

Är sjukdomen redan i ett framskridet stadium, då svårare förändring eller förstöring af muskulaturen redan inträddt, så är väl återgång till helsa sällan möjlig. Är ektasien beroende på en stenosis, så är förbättring möjlig om man kan tidigt aflägsna orsaken till denna, innan muskulaturen blifvit vidare förändrad. Derigenom att man nu kan tidigare påvisa en gastrektasie och af den moderna kirurgien stundom får en synnerligen god hjälp vid försöket att häfva en stenosis, kan man hysa förhoppning att i några fall återföra fullständig helsa.

Gastrektasien framkallar framförallt dyspeptiska besvär och rubbning af nutritionen. Ventrikelns kemiska funktion är ofta betydligt förändrad och resorptionen af dess innehåll förminskad. Under andra omständigheter kan ett sådant missförhållande kompenseras genom födans öfverförande i tarmen, der

¹⁾ Ueber Magenerweiterung und ihre Behandlung. Verhandl. u. Congr. f. innere Medicin. Bd. 8. 1889. sid. 271.

dess bearbetning sedan försiggår, men vid gastrektasien är just möjligheten af denna kompensation förminskad eller upphäfd.

Den i ventrikeln kvarstannande födan börjar snart undergå förändring, hvars beskaffenhet beror på slemhinnans sekretionsförmåga; finnes benägenhet för saltsyrehyperaciditet, så förvärras vanligen denna, och pat. lider då af de densamma åtföljande obehagen: stark magsyra, plågor, kräkningar, dålig sömn m. m., och möjligen kan dessutom den starka syrehalten framkalla en *circulus vitiosus* genom att åstadkomma kramp i sphincter pylori, hvarigenom magsäckens förmåga att tömma sig än mera förminskas, och alla obehag förvärras. Härunder kan den kemiska förändringen af ägghviteämnena försiggå normalt, och ingen jäsning inträda.

Afsöndras saltsyra mera sparsamt, så att i allmänhet fri saltsyra ej förekommer i ventrikelinnehållet, så försvåras digestionen, och snart inträder jäsning i den stagnerande massan, hvarvid bildas jäsningssyror, ofta i stor mängd, gaser etc. Äfven i detta fall kan en *circulus vitiosus* komma till stånd, i det jäsningsprodukterna verka irriterande, hvaraf en katarrh i slemhinnan kan framkallas eller en redan förhandenvarande sådan ytterligare förvärras; härigenom kan sekundärt en ytterligare försvagning af muskelkraften inträda. Sjelfva jäsningen framkallar dessutom obehag genom sura uppstötningar, kräkning, spänning, väderuppstötning m. m. Dessa jäsningsprocesser kunna äfven fortplanta sig till tarmen, och då inträffar ofta diarrhé i stället för den ektasien vanligen åtföljande förstoppningen.

Jemte dessa dyspeptiska besvär förekomma mycket ofta symptomter från nerfsystemet: allmän nedslagenhet, känsla af oro, trötthet o. s. v. Utom dessa mera allmänna symptom, uppträda stundom andra, mera lokaliserade och af bestämd typ, nemligen smärtsamma muskelkramper.

Dessa äro först beskrifna af Kussmaul ¹⁾: krampen kan börja i magsäcken och åtföljas af dyspnoe. Pat. förlorar förmågan att tala, men bibehåller medvetandet; extremiteterna angripas af tonisk kramp, i de nedre i företrädesvis i vadmusklerna, i de öfre i böjmusklerna. Anfallet kan räcka än några minuter, än en fjerdedels till en half timme; de kunna upprepas mer eller mindre ofta och de flesta fall sluta dödligt.

¹⁾ D. Archiv f. kl. Med. Bd. 6.

Äfven andra (Gaillard, Dujardin-Beaumetz, Martin, Müller¹⁾, Beurman²⁾ m. fl.) hafva observerat dessa krampanfall hos personer med gastrektasie. Nästan alla hafva iakttagit att anfallen uppträda vid tillfällen, då pat. äro synnerligen utmattade; särskildt efter svåra kräkningar eller diarrhe, samt efter utsköljning af ventrikeln. Detta har föranlett den förmodan att desamma möjligen skulle kunna bero på en intorkning af nerfsystemet (Kussmaul). Müller anser det troligast att de bero på reflexverkan, utlöst från ventrikeln; å andra håll har man velat förklara dem som symptom af autointoxikation.

*

*

*

Några mera ingående beskrifningar öfver ventrikeldislokation äro sparsamma. Mest förekomma uppgifter om en del congenitala lägeförändringar och abnormiteter, eller öfver sådana förorsakade genom bräck, svulster m. m., men ej om den okomplicerade sänkningen.

I allmänhet har man ansett, att dislokationen af ventrikeln framkallade alldeles samma symptom som gastrektasien och stod så nära denna, att man ej brydde sig om, att noggrannare söka utreda förhållandet, utan helt enkelt förde dem tillsammans.

Wunderlich³⁾ beskriver magbesvären vid ventrikeldislokation på följande sätt: "Det förekommer olika grader af dislokation: än är den helt obetydlig, än synnerligen stor, och ventrikeln nya läge kan vara det mest olikartade. Hvarje dislokation förorsakar rubbning af magsäckens funktion; digestionen och fortrörelsen af chymus, och i följd deraf bristande aptit, kräkningar och öfriga dyspeptiska symptom; vidare förorsakar den rubbningar af blodcirkulationen i magen och åstadkommer derigenom katarrher, inflammationer, hypertrofier, blodextravasater, smärtor och kräkningar. Dessa rubbningar äro betydligare, ju större dislokationen eller ju olämpligare ventrikeln läge är. Svårigheterna kunna vara än ihållande, än blott uppträda emellanåt under digestionen, vid

¹⁾ Tetanie bei Dilatatio ventriculi Charité Annalen. Bd. XIII. s. 273. Literaturanvisningar finnas der och hos

²⁾ Beurman, Note sur un cas de contracture mortelle d'origine gastrique. Gez. hebdom. 1889 n:o 14. Cit. efter Virchow & H,

³⁾ Handbuch der Pathol. u. Therapie. Bd. III. 1856.

öfverfyllnad af magsäcken, vid vissa kroppslägen, eller beroende på andra tillfälliga förhållanden”.

Kussmaul ¹⁾ påpekar vigten af att särskilja dislokation från ektasie och framhåller hur ofta fel i detta hänseende begås. Detta är, af angifna skäl, ej underligt, då särskiljandet fordrar ett synnerligen noggrant aktgifvande, samt lämpliga fall, och äfven då erbjuder svårigheter. Kussmaul beskriver två former af dislokation. Den ena är en vertikalställning af magen i följd af en sänkning af pylorus; den andra företer en slags slyngbildning uppkommen derigenom, att pylorus eller kardia, eller begge blifvit förda närmare till medellinien och till hvarandra. Till följe af denna förkortning af afståndet dem emellan, kan ventrikeln ej längre ligga horisontalt utsträckt, utan kommer att hänga ned som en dubbelviken säck.

Vertikalställningen kan vara qvarstående från foetal-lifvet, då magen normalt har detta läge, men den kan också vara förvärfvad. Rechlinghausen beskriver från en autopsie ett fall med en särdeles stor, men föröfrigt normal lefver. Pylorus låg något ofvanför nafveln och litet till höger om densamma, nästan alldeles lodrätt under kardia. Den med luft, föda och vätska temligen fyllda, men ej abnormt utvidgade och föröfrigt normala magsäcken, nådde med sin lägsta punkt 2—3 finger bredt under nafveln.

Magens sänkning i följd af att pylorus och kardia blifvit närmade, synes, i de fall som blifvit observerade, hafva förorsakats genom tryck af förstörade bukorgan, lefvern eller mjälten. Följande berättelser torde tjena som exempel.

(Sjukdomsberättelse n:o 14 och 15. Kussmaul).

En ftisiker, 39 år. Bröstkorgen var smal; lefvern förtjockad; i venstra brösthålan fanns ett pleuritiskt exsudat. Magsäcken innehöll 800 gm af tunn grötformig konsistens, och nådde i medellinien nära 3 fingers bredd under nafveln. Magen rymde som mest 2600 ccm vatten och hade under lifvet funktionserat förträffligt och aldrig företett spår till rubbad digestion förr än kort före döden. Den företedde inga sjukliga förändringar. (Af K:s föregående framställning framgår att i detta fall kardia och pylorus lågo hvarandra nära).

*

*

*

Hos en leukämisk, 38-årig man, hvars kollosala mjelte vägde 5500 gm, och hvars lefver likaledes var förstörad, fast i betydligt mindre grad (3670 gm), var i följd af mjältsvulsten kardia förskjuten åt höger till midten af ryggradspelaren; genom den stora lefvern var pylorus tryckt åt venster; den slyngformiga magsäcken låg dold bakom mjälte och lef-

¹⁾ Die peristaltische Unruhe des Magens. Volkmanns klin. Vorträge N:o 181. 1880.

ver, utom nedre delen, som låg obetäckt i trakten af högra fossa iliaca. Äfven denna magsäck hade ända till strax före döden digereradt bra och företedde inga sjukliga förändringar.

I begge fallen låg ventrikelns lägsta punkt långt nedanför nafveln, men någon förstoring kunde ej vid autopsien iakttagas, och magsäckens funktionering föreföll fullt normal, ända till strax före döden.

Vid försök att bestämma ventrikelns läge medelst perkussion, får man rätt ofta det resultat, att den tyckes ligga helt och hållet på venster sida om medellinien; detta skulle ju kunna motsvara en vertikal-ställning, men möjligen också den af K. beskrifna slyngbildningen; att i hvarje fall skilja mellan dessa är väl omöjligt.

I andra fall får man den uppfattningen, att magsäcken i sin helhet är sänkt, i det så väl kardia som pylorus äro dislocerade nedåt, och stora kurvaturen kommer att ligga mer eller mindre långt nedanför nafveln. Stundom kan man på det allra tydligaste sätt iakttaga detta, i det ventrikeln, om den är uppdrifven, är fullt synlig i sin helhet och med karakteristisk form. Är deremot sänkningen ej så stor, kan öfre gränsen vara svår att bestämma, särskildt om, som ofta, äfven lefvern är något sänkt eller förstorad. I de fall, jag observerat, synes dock alltid pylorus hafva legat djupare än kardia, så att magsäcken intagit större eller mindre snedställning ¹⁾.

Jemte sänkning af ventrikeln har i mina fall ofta iakttagits sänkning af andra organ: något litet sänkt lefver och högersidig rörlig njure. Detta bör ju ej förvåna, ty de ætiologiska momenten för dislokation af ventrikeln äro väl i sin allmänhet desamma, som för sänkning af andra organ, om ock för ventrikeln dessutom särskilda orsaker tillkomma.

Sålunda är i allmänhet verkande, allt som bidrager till förslappning och tänjning af bukvägg, peritoneum, och dess ligamentapparat: hastig afmagring, hög ålder, upprepade hafvandeskap; vidare snörning, särskildt med kjortelband, strängt arbete etc. För ventrikeln särskildt: födans tyngd och beskaffenhet.

Vid samtidig sänkning af flere organ är det väl troligt att dessa äfven inverka på hvarandra. Sålunda betingar väl en lägeförändring af ventrikeln oftast en sådan af tarmen; en sänkning af lefvern kan verka dislocerande på njuren och ventrikeln. Som längre fram utförligare skall omnämnas, anser

¹⁾ Jfr Rosenheim, l. c. ss. 20, 234.

Glenard att sänkning af colon transversum är det primära och att detta framkallar sänkning af öfriga organ.

Denna sänkning af flera organ på en gång tyckes ej vara så sällsynt, som man förut antagit. I de af mig iakttagna fallen har jag mycket tvekat, huruvida en verklig sänkning af lefvern förekommer, eller om den möjligen endast är något förstörd; i alla händelser har jag ej ansett mig böra inränga dessa fall under rubriken "rörlig lefver", hvilket begrepp, åtminstone för närvarande, tyckes innefatta en långt betydligare lägeförändring.

De pat., hos hvilka jag funnit okomplicerad dislokation af ventrikeln hafva alla varit qvinnor, hos hvilka förändringen lär förekomma oftare än hos män (några sådana har jag ej i detta hänseende undersökt). De hafva nästan alla varit äldre personer af kroppsarbetarnes klass; de flesta hafva varit magra och särskildt haft slapp bukvägg. Många af dem hafva födt flere barn. De flesta klagade ej alls öfver sin mage, utan öfver helt andra lidanden, och dessa voro de mest typiska fallen. Förekom klagan öfver magbesvär, så fanns vanligen äfven förändringar af ventrikelns funktioner, oftast den motoriska och ofta gastrektasie. Det är tydligt att dislokation af ventrikeln, ehuru den, ej i och för sig, tyckes framkalla magbesvär af större betydighet, dock lätt kan öfvergå till atoni och ektasie. Detta har gifvit anledning till misstag med afseende på bedömandet af dislokationens besvärslighet.

(Sjukdomsberättelse n:r 16 eget fall.)

Fru B. 65 år. Hon är liten, temligen mager, med torr hud och slappa bukvägg, har födt 3 barn, det sista för 25 år sedan. Hon blir något ifrig när hon talar om sina lidanden, är nog en del nervös, kom i stark darrning vid sonderingen af ventrikeln, men företer inga neurastheniska symptom, är vänlig och nöjd. Hon sökte hjälp egentligen för smärtor i armarne och stod sedan gammalt i journalen under diagnos arthrititis cubiti. Hon hade dock äfven några, om än obetydliga symptom från bukorganen. Hon klagar öfver dragning och spänning i nedre delen af buken, under nafveln, samt ömhet i epigastrium ungefär sedan ett halft år. Hon har stark törst, men i allmänhet god aptit; har aldrig haft kräkningar, men på morgonen, då hon vaknar, har hon qväljningar och får upp bäskt smakande vatten i munnen; så snart hon druckit kaffe eller annat, är detta obehag öfver. Öppningen har förr varit ojemn, ibland diarrhé, ibland förstoppning.

Från bröstets organer ingenting anmärkningsvärdt.

Lefverdämpningen börjar i mamillarlinien vid 7:de reffbenet och når ned till 1 à 2 finger under bröstkorgsranden, i medellinien ligger nedre gränsen 2 finger öfver nafveln och går öfver åt venster.

Ventrikelns utbredning börjar (vid uppblåsning) i venstra mamillarlinien nedanför bröstkorgsranden och sträcker sig till fulla fyra finger under nafveln och går öfver åt höger om medellinien. Man ser temligen tydligt hela ventrikeln.

Dessutom förefinnes ett högersidigt inguinalbräck, en högersidig rörlig njure och prolaps af uterus.

30. VI. 91. Åt kl. 10 f. m. frukost af thé och bröd; 1 $\frac{3}{4}$ tim. senare kom ingenting upp genom pressning; vid sköljning kom vattnet klart tillbaka, med endast enstaka, oförändrade små brödbitar.

3. VII. Åt kl. 10 f. m. frukost; thé och bröd; vid sköljning efter 1 $\frac{1}{2}$ tim. kom upp endast klar vätska med enstaka, små brödbitar.

Kl. 12 var vid undersökning magen tom.

7. VII. Åt kl. 1 e. m. ordentlig middag med soppa, kött och bröd; 6 tim. efter var ventrikeln alldeles tom.

29. VII. Maginnehållet gaf ej reaktion på fri saltsyra.

Pat. är en äldre kvinna, som klagar öfver värken i sina armar, för hvilken hon en längre tid behandlats. Hon har äfven haft tecken till tarmkatarrh, med vexlande afföring och har en känsla af tyngd i nedre delen af buken (denna försvann efter anläggandet af en ordentligt sittande lifbinda). Föröfrigt har hon ytterst obetydliga dyspeptiska besvär, vid hvilka hon själf ej det ringaste fäst sig, och hvilka hon omtalade först sedan hon blifvit upprepade gånger derom tillfrågad. De kunna ju möjligen förklaras genom den vid undersökningen påvisade, bristande kemiska funktionen. Deremot var magsäckens motoriska funktion fullt normal. Hvilken skillnad mellan dessa symptom och dem, som man skulle väntat sig, om här förelegat en ektasie af ventrikeln, så stor, att nedre randen sträckt sig 4 fingrar nedanför nafveln. Utom dislokation af ventrikeln påträffades i detta fall ett högersidigt inguinalbräck, en högersidig rörlig njure, prolaps af uterus, och nedskjutning af lefvern, således nästan fullständig splanchnoptos. Gent emot annan uppfattning vill jag här betona, att pat. ej företedde minsta spår af neurasteni.

• Ett liknande fall är följande:

(Sjukdomsberättelse N:o 17, eget fall).

Fru B. 68 år. Patienten är liten till växten, något mager, huden torr. Hon har haft 3 barn, det sista är nu 26 år. Förefaller ej alls nervös eller neurastenisk. Hon rådfrågade för trängningar och smärtor vid urinkastningen sedan 3 veckor; hon måste kasta vatten c:a 6 gånger hvarje natt; plågorna komma efter urinkastningen. Hon klagar äfven öfver förstoppning och mindre god aptit, men föröfrigt har hon ej hvarken förr eller nu haft några obehag från magen. Sömnen förut god, men nu dålig sedan trängningarne kommit.

Från bröstets organ ej något särskildt anmärkningsvärdt.

Vid palpation af buken konstaterades närvaron af rörlig högersidig njure, föröfrigt intet abnormt.

Lefverdämpningen sträcker sig i höger mamillarlinie från 7:de refbenet till 1 finger under bröstkorgsranden och går öfver åt venster; nedre kanten ligger i medellinien ett par fingrars bredd ofvan nafveln.

Ventrikeln starkt dislocerad, vid uppblåsning fås gränserna från 8:de refbenet å venster sida nästan ned till symfysen; hela ventrikeln, så väl curvatura major som minor fullt synlig; den ligger hufvudsakligen på venster sida och når obetydligt öfver till höger om medellinien; curvatura major tangerar nästan spin. ilei ant. sup. Urinen sur, ägghvitefri.

17. VII. 91. Hon hade kl. 10 ätit frukost, thé och bröd. Vid undersökning halfannan timma efteråt var magen alldeles tom.

20. VII. Hon hade kl. 1 e. m. ätit soppa, kött och bröd; sex timmar efteråt kom vid sköljning ytterst få smulor upp.

Äfven i detta fall klagar patienten ej öfver magbesvär. Att en gammal person har litet dålig aptit kan väl knappast anses värdt någon synnerlig uppmärksamhet. Föröfrigt kände hon sig alldeles frisk; med undantag af de för kort tid sedan påkomna besvären vid urinkastningen. Magsäcken funktionerar utmärkt i motoriskt hänseende; i kemiskt hänseende är den ej undersökt, emedan dertill egentligen ingen anledning förelåg; och dock tycktes i detta fall ventrikeln, hvars storlek och form alldeles tydligt aftecknade sig genom bukväggen, nå nära på ned i fossa iliaca. Äfven här förefanns högersidig rörlig njure och nedskjuten lever, men inga tecken på nervositet.

Men äfven hos en person med dislokation af ventrikeln kan magbesvär förekomma i sammanhang med ventrikelaffectationer.

(Sjukdomsberättelse N:o 18, eget fall).

Fru W. 26 år. Hon klagar sedan längre tid öfver plågor i epigastrium och ryggen; vid palpation ömmar hon öfver gallblåsetrakten och förlägger äfven smärtorna dit. Hon lär för sju år sedan haft ett leverlidande. Hon har ingen aptit, mår illa efter maten; stundom kräkningar. Känner sig trött och matt. Sömnen god.

Från bröstets organ intet att anmärka.

Lefverdämpningen sträcker sig i mamillarlenien från 7:de refbenet till en finger under bröstkorgsranden, i medellinien ligger nedre gränsen tre finger ofvan naveln och fortsätter dämpningen till venstra mamillarlinien.

Ventrikeln (uppblåst) sträcker sig från venstra bröstkorgsranden till fyra finger under naveln.

17. VII. 91. Åt kl. 11 f. m. thé och bröd. Vid utsköljning efter 1 $\frac{3}{4}$ tim. funnos födores ter kvar, men helt obetydligt.

20. VII. Kl. 1 e. m. åt hon middag (soppa och kött). Efter sex timmar var magen alldeles tom.

Hos denna patient förekommer ju en ganska betydlig ventrikel-dislokation, och derjemte dyspeptiska besvär, men dessa tyckas tyda mest på en ventrikelkatarrh, och den motoriska förmågan, som i första hand borde påverkas af dislokationen är fullt normal.

I några fall förekomma dock besvär, som tyckas hafva större betydelse, då pat:s allmänna tillstånd var ganska nedsatt.

(Sjukdomsberättelse n:o 19. Eget fall.)

Fru K., 59 år. Ser dålig ut. Har lidit af magsyra sedan många år. Föll för ett par år sedan ned för en trappa, blef medvetslös och lär hafva brutit ett par refben. Från detta hemtade hon sig, men har sedan dess haft smärter i högra sidan. Hon klagar öfver smärter i höger sida, i ryggen och framtill under bröstkorgsranden. Går uppe och rör sig och sköter sitt hushåll på landet. Har det i yttre hänseende mycket bra, men är något ansträngd. Hon har dålig aptit; stundom kräkningar, men endast efter viss mat t. ex. salt sill; trög afföring. Om nätterna sover hon godt och har då inga plågor, känner sig trött och matt, är alltid benägen att sova, nervös och lättrörd. Säger sig hafva magrat betydligt sedan ett år. Hon har haft 7 barn, det sista är 19 år gammalt.

Från bröstets organer intet att anmärka.

Vid palpation af buken påträffades högersidig rörlig njure.

Lefverdämpningen går i mamillarlinien från 7:de refbenet till 3 finger under bröstkorgsranden; nedre gränsen ligger i medellinien en finger ofvan nafveln, och går dämpningen öfver åt venster under venstra bröstkorgshalfvan. Lefverns nedre gräns kan synnerligen väl palperas och är ömmande för tryck.

Ventrikelns perkussionsutbredning (vid uppblåsning) sträcker sig från venstra bröstkorgsranden till fyra finger under nafveln och går öfver till höger om medellinien.

21. VII. 91. Åt kl. 10 f. m. thé och bröd; efter 1½ tim. togs prof. Reaktion på fri saltsyra; totala aciditeten 53. — Två timmar efter måltiden kom vid sköljning en hel del fina födoresster upp.

27. VII. 91. Åt middag kl. 1 e. m. (soppa, kött och bröd), dessutom kl. 3 e. m. kaffe (olofvandes). Efter 6 timmar kom mycket upp; stora bitar, äfven kött; det uppkomna luktade kaffe.

Patienten har sedan ett år magrat betydligt och ser dålig ut. Hon har en del plågor och dyspeptiska besvär. En del af plågorna kunde ju möjligen vara beroende på den rörliga njuren, hvarför talar, att plågorna försvinna när hon ligger. Hon har dessutom stundom kräkning, dålig aptit, och känner sig trött och nervös. Magens kemiska funktion tyckes vara något så när normal, men deremot lemnar den motoriska en del öfrigt att önska. Särskildt efter middagen kom upp en stor mängd halfdigererad föda på en tid efter måltiden, då vanligen intet eller högst litet väl digereradt innehåll brukar finnas kvar.

I sådana fall, der nedre kanten af ventrikeln går långt nedanför nafveln och der rubbning af den motoriska funktionen förekommer, är det oftast synnerligen svårt att afgöra, huruvida det föreligger en vanlig gastrektasie eller en dislocerad, icke förstörad ventrikel, som förlorat förmågan att tömma sig normalt, eller ock möjligen samtidigt både dislocation och gastrektasie. Just i ofvan nämnde fall försvåras bestämmandet derigenom, att lefvern tydligen var något förstörad och derigenom hindrade bestämmandet af öfre ventrikel-gränsen. Men äfven i andra fall föreligger samma svårighet och den kommer att stå

qvar, tills man lyckats erhålla en metod som verkligen bestämmer magsäckens rymlighet. Till dess blir diagnosen mera en förmodan, beroende på afvägandet af en del förhållanden.

Med stöd af de anförda berättelserna förefaller det mig, som om man vore berättigad antaga, att ifall ej någon komplikation förefinnes, så kan det förekomma mycket betydliga lägeförändringar af ventrikeln, utan att dessa framkalla några nämnvärda besvär, hvarken dyspeptiska eller andra. Om deremot sådana besvärligheter förefinnas, kan man vanligen påvisa en komplicerande rubbning af ventrikelns funktioner, den kemiska eller motoriska, samt stundom möjligen en gastrektasie.

Dislokation af tarmen, enteroptos.

Tarmarnes fysiologiska rörlighet är synnerligen betydlig, så väl de särskilda afdelningarnes i sin helhet, som ock de särskilda slyngornas i förhållande till hvarandra. Abnorma lägeförändringar, stundom rätt betydande, förekomma vid en del congenitala anomalier samt tillsammans med andra förändringar t. ex. öppna bräckportar, då som bekant så godt som hela tarmkomplexen kan ligga utanför bukhålan; vidare kan vid ileus de mest invecklade och besynnerliga lägeförändringar ega rum.

Som förut nämnts är det ej dessa förändringar, som här komma att afhandlas, utan har jag tänkt att i detta sammanhang upptaga några mera okomplicerade lägeförändringar af tarmen inom bukhålan och bland dessa endast de som förekomma hos kolon.

Att kolon ofta har ett från det normala afvikande läge har framhållits af många författare (Rokitansky¹⁾, Fleischmann, Hyrtl²⁾ m. fl.) och särskildt af Virchow³⁾, som anser att en viss afvikning i tarmarnes läge förekommer hos de flesta fullväxta människor.

¹⁾ l. c. s. 187.

²⁾ l. c. s. 741.

³⁾ l. c. sid. 334, samt Berl. kl. Wochenschr. 1890, s. 347.

Förändringarne kunna vara mångfaldiga och träffa så godt som alla delar af tjocktarmen. Stundom är colon transv. förlängd och hänger som en slynga ned i lilla bäckenet; i andra fall kunna colon ascendens och descendens direkt öfvergå i hvarandra och således colon transversum fattas (Hyrtl). I andra fall är det endera af flexurerna, som är mer eller mindre dislocerad, och af dem den högra oftare än den venstra. Dessa lägeförändringar bestå oftast i sänkningar, men det finnes äfven beskrifningar på dislokation uppåt, så att kolon kommit att ligga framför ventrikeln (Luschka) eller mellan lefvern och diafragma (Schroeder van der Kolk).

Alla dessa beskrifningar härstamma från autopsier, då deremot de kliniska berättelserna lemna nästan intet material. Ty på lefvande är det synnerligen svårt och väl endast undantagsvis möjligt, att något så när noggrant utreda ett abnormt läge af tjocktarmen. Man kan visserligen uppblåsa tjocktarmen med luft eller gas, men så god nytta denna metod ofta gör vid bestämmandet af tarmens permeabilitet, så lemnar den ofta i sticket vid bedömandet af tarmens verkliga läge. Ty dels inträffar ofta, att genom sjelfva utspänningen efter uppblåsningen blir läget ett helt annat än det ursprungligen var, och dessutom lägga sig ofta de olika afdelningarne af tarmen så tätt till hvarandra; att man visserligen kan bestämma området för tarmens läge i sin helhet, men ej afgränsa de särskilda delarne från hvarandra.

Såsom orsak till tarmens lägeförändring uppgifves vanligast anhopning i densamma af exkrementer eller gas, hvilka förra genom sin tyngd skulle framkalla sänkning af densamma; ifall detta ofta upprepades skulle slutligen tånjning af mesenteriet inträffa och i följd deraf en mera permanent dislokation.

Utom denna mera lokala orsak antager man också andra mera allmänna: lägeförändring af andra delar såsom oment eller ventrikel; förslappning af peritoneum i sin helhet, slapp bukvägg m. m. Rokitansky ¹⁾ och särskildt Virchow ²⁾ betona den stora betydelsen af partiella kroniska peritoniter för uppkomsten af lägeförändringar hos tarmen; dessa kunna dels åstadkomma fastlödningar mellan särskilda tarmslyngor och mellan dessa och andra organ eller bukväggen, dels kunna de, om de hafva sitt säte på mesenteriet, vid sedermera uppkommen ärrsammandragning på det mångfaldigaste sätt åstadkomma sammandragning, böjning och veckbildning af detta.

¹⁾ l. c. s. 195.

²⁾ l. c. s. 335.

Beträffande de besvär en sådan lägeförändring af tjocktarmen förorsakar, äro de fleste ense om att den framkallar ett hinder för fortrörelsen af tarminnehållet, och derigenom mer eller mindre utpreglad obstipation med dess följder och olägenheter. Leichtenstern ¹⁾ tror dock denna uppfattning ofta vara öfverdrifven och att lägeförändringen af kolon, så vida den ej är allt för höggradig, i och för sig ej behöfver förorsaka några besvärligheter, ej ens förstopning, men att en patient med dislocerad tarm får en svårare grad af förstopning i fall han till följe af andra omständigheter skulle ådraga sig en sådan.

Men utom dessa mera lokalt framkallade olägenheter, har man försökt ställa andra rubbningar, särskildt i nervsystemet i sammanhang med lägeförändring af kolon. Esquirol ²⁾ har påpekat och betonat, hur ofta sådan dislokation af tarmen förekommer hos sinnessjuka, särskildt hos melankolici och har han vid 168 obduktioner 33 gånger påträffat lägeförändring. "Läget af colon transversum är snedt eller till och med perpendiculärt; dess venstra ända lägger sig invid pubis och döljer sig någon gång bakom symfyssen".

"Sinnessjuka, särskildt melankolici, hos hvilka man iakttagit denna lägeförändring af colon transversum, klaga ofta öfver smärtor i epigastrium; de säga sig känna en smärta liknande den som skulle åstadkommas af ett jernband gående rundt om kroppen i höjd med hypochondrierne, afföringen går vanligtvis dåligt. Kunna ej dessa symptom få sin förklaring genom lägeförändringen af colon" — — — — —.

"Kännedomen om dessa förhållanden har synts mig vara intressant, 1:o emedan lägeförändringen af colon är så vanlig hos sinnessjuka, särskildt hos dem som lida af melankoli; 2:o emedan denna kunskap kan framkalla en säkare och mera rationel behandling af vissa sjuka".

Äfven Schroeder van der Kolk ³⁾ beskriver (i kapitlet om "Mania sympathica's patologiska anatomi") af honom iakttagna förändringar af kolon hos melankolici. Han beskriver insnörningar och förträngningar, som förekomma i venstra delen af kolon, på ömse sidor af flexura sigmoidea, hvilka man

¹⁾ Verengerungen, Verschliessungen und Lageveränderungen des Darms. Ziemssen, Handb. der speciellen Path. u. Therap. Bd. VII. 2. 1878. s. 509.

²⁾ Des maladies mentales. Tom. 1. Paris 1838. sid. 445.

³⁾ Schroeder van der Kolk: Die Pathol. u. Therapie der Geisteskrankheiten. 1863 och J. B. Welcher, Dissert. de quibusdam coli affectionibus. 1841. Citerad efter föregående.

genom uppblåsning alldeles icke eller blott med svårighet kan utplåna. I följd af denna förträngning utspännes och förlänges flexura sigmoidea eller colon transversum eller beggadera, hvarvid den senare kan nå ned i lilla bäckenet. Derjemte kan förekomma förstoppning.

"Ej blott väggarne i tjocktarmen tänjas, det uppstår äfven en blodöfverfyllnad, som ökas vid krystningar, och derigenom uppkomma hämorrhoidal-knutor, så vanliga hos melankolici."

"Det är ej otroligt att genom den tröga cirkulationen och i följd af anhopningen af venöst blod omkring grenarne af sympaticus dessa skadligt påverkas. Härigenom har man delvis en förklaring på den fördelaktiga verkan af hämorrhoidalblödning och faran af dess undertryckande hos sådana patienter".

"Dessutom kan den frågan uppstå, huruvida lefvern vid sådan blodöfverfyllnad är i stånd att hos hela blodmängden åstadkomma de förändrings- och reningsprocesser, som äro densamma anförtrodda."

Han påpekar det nära sambandet med afseende på kärl och nerver mellan colon sinistrum och genitalorganen och fortsätter:

"Man får dock ej tro, att de omnämnda förändringarne i aflägsnare delar af kroppen i och för sig framkalla sinnessjukdomen; förlängning och strikturer å kolon, benägenhet för trög afföring, affektioner å uterus, ovarierna och lungorna förekomma ofta nog utan minsta tecken till sinnesförvirring. Det måste utom detta finnas en särskild disposition, en särskild retbarhet i centrala nervsystemet. Det finnes en vexelverkan mellan hjärna, ryggmärg och inelfvor, hvarigenom det ofta är svårt att afgöra, i hvilken del den primära orsaken till en sjukdom förefinnes. Ty äfven vid idiopatisk sinnesrubbing förekomma samma förlängning och striktur af kolon; vid idiopatisk manie och vid starkt retningstillstånd i hjärnan förekommer äfven retningstillstånd i genitalapparaten; och trög afföring samt hårdnackad förstoppning höra till de vanligaste företeelserna vid inflammationer af ryggmärgen. Strikturerna i kolon och den sexuella uppretningen kunna således i många fall härstamma från affektioner i hjärna och ryggmärg; men hafva de en gång kommit till stånd, så utöfva de å sin sida en skadlig återverkan på sistnämde delar och bidra till frambringandet af en sympatisk sinnesrubbing. Det kommer härvidlag an på, hvilken del som är mest angripen och liksom anger grundtonen, hvarigenom sinnesrubbingen får sin speciella färg" — — — — —.

Griesinger ¹⁾ deremot anser lägeförändringar af kolon såsom alldeles oväsentliga, och äfven med afseende på förhållandet mellan sinnessjukdom och öfriga rubbningar af digestionskanalen, särskildt förstoppningen, yttrar han sig försigtigt och betonar svårigheten att skilja mellan orsak och verkan:

"Hvad sjukdomar i bukorganen beträffar, så förnekas på intet vis, att i följd af dem sinnesrubbning kan uppkomma; — — — — — Det måste dock varnas för att — som ännu stundom sker — från måttliga rubbningar i digestion och afföring, från de förnimmelser, som framkallas derigenom att tarm innehållt längre tid stannar qvar i kolon, från mörkare färgning af fæces etc., utan skäl kombinera ihop patologiska tillstånd, hvarom en positiv pathologi ingenting känner. — — — — — Det gäller härvidlag, dels att noga skilja de intestinalrubbningar, som äro följder af förutvarande hjärnsjukdomar från de verkligt kausala, dels och hufvudsakligen att tränga fram till en noga bestämd anatomisk uppfattning och diagnostik af dessa kroniska sjukdomar. — — — — — Hvad beträffar kasuistiken af fall af sinnessjuka, hvarest efter döden påträffats förändringar i bukorganen — — — så måste påpekas, att ett blott samtidigt förekommande, utan att vi kunna förstå mekanismen af vaxelverknningen, ej är tillräckligt, för att man kan anse dessa förändringar som orsaken till sinnesrubbningen".

På sista tiden har Glenard och hans skola ²⁾ i en serie stundom ganska utförliga uppsatser sökt visa, att sänkning af colon transversum skulle spela en synnerligen stor roll, och att den skulle vara den patologiskt-anatomiska basen för en del allmänna, dyspeptiska och framförallt nervösa symptom.

En kortfattad redogörelse för denna lära är rätt svår att lemna, ty Glenards framställning är temligen skiljaktig i de olika uppsatserna och dessutom förefaller den ofta oklar, men torde i hufvudsak vara följande:

¹⁾ Die Pathol. und Therapie der psychischen Krankheiten. 1861. sid. 203.

²⁾ Glenard, Applikation de la méthode naturelle a l'analyse de la dyspepsie nerveuse; détermination d'une espèce. De l'entéroptose. Paris 1885.

Revue de médecine du 10 Janvier 1887.

Férréol, Rapport sur "l'Entéroptose et neurasthénie" de F. Glenard. Bull. société méd. hôp., 5 janvier 1887.

Glenard, Exposé sommaire du traitement de l'entéroptose. Extrait du Lyon médical. Paris 1887.

Cuilleret, Étude clinique sur l'Entéroptose ou Maladie de Glenard. Gazette des Hôpitaux 1888, n:o 109.

Ewald, Ueber Entéroptose und Wanderniere. Berl. kl. Wochenschr. 1890, sidd. 277, 304.

Den mest fixerade punkten af colon transversum är belägen ungefär på gränsen mellan högra och mellersta tredjedelen; denna fixation åstadkommes genom af Glenard beskrifna förstärkningsfibrer, hvilka förlöpa i mesenteriet från denna punkt upp till pylorus. Deremot är den minst fixerade delen, den närmast till höger om denna punkt belägna delen af kolon samt flexura coli hepatica, dessa äro derför lätt utsatta för att, under vissa förhållanden, sänka sig nedåt. De orsakande momenten antagas vara förslappning af bukvägg och peritoneum, strängt arbete, traumer m. m.

Denna sänkning af tarmen, enteroptose, kan vara den enda som förefinnes; förekomma samtidigt lägeförändringar af andra organ, så äro dessa alltid sekundära, förorsakade af en primär sänkning af kolon. Vid den antagna fixationspunkten på kolon uppstår i följd af lägeförändringen en vinkelböjning, som hindrar framträngandet af tarminnehållet; deraf uppstår ofvanför densamma en anhopning af fæces och utspänning af tarmen, särskildt coecum; nedanför förträngningen åter iakttages ett sammanfallande af tarmen, och således förekommer också jemte enteroptos äfven en enterostenos. Denna hopdragnings af tarmen spelar en stor roll, ty dels åstadkommer den ett ytterligare hinder för fortrörelsen af tarminnehållet, dels är den vigtig i diagnostiskt hänseende, ty denna sammandragna tarm kan kännas som en "sträng" gående tvärs öfver ryggradspelaren och bukaorta, och denna sistnämnde kan dervid till en viss grad komprimeras. Härigenom uppkommer en ökad pulsation i den ofvanför liggande delen af aorta, och denna "epigastriska pulsation" samt denna tvärgående sträng ("corde transverse colique") äro för Glenard de objectivt påvisbara tecknen på en enteroptose.

Men sänkningen af colon transversum medför ej blott svårighet för framskridandet af tarminnehållet derstädes, utan verkar äfven på afstånd. Genom stramning af det antagna lig. coli-pyloricum åstadkommes en sänkning af pylorus och ett hinder för maginnehållets öfvergång i tarmen. Och dessutom åtföljes nedfallandet af tjocktarmen äfven af en sänkning af tunntarmarne, hvarvid en stramning af deras mesenterium uppkommer, och dettas rot derigenom mer eller mindre komprimera öfvergången mellan duodenum och jejunum. I följd af alla dessa hinder för fortrörelsen af innehållet i digestionskanalen uppkomma en hel del besvär.

Glenard ¹⁾ anser sjukdomsbilden enteroptos innefatta tre faser, en med

¹⁾ Exposé sommaire du traitement de l'enteroptose, s. 11.

"gastriska" symptom, åtföljda af ventrikelatonie; den andra med obehagen lokaliserade i mesogastriet, och då förefinnes äfven ventrikeldislokation och möjligen gastrektasie; det tredje och sista stadiet, den utbildade enterostenosen, är karakteriseradt af hela den symptomkomplex som kallas för neurastenie. Men ventrikelatonien, dislokationen och neurastenien äro i hvarje fall, der enteroptos förefinnes, sekundära, sänkningen af tarmen är det primära och väsentliga, det mot hvilket terapien skall riktas om man vill hafva något hopp om resultat.

Glenard har lyckats vinna några få entusiastiska beundrare, men för öfrigt har den medicinska världen förhållit sig temligen skeptisk. Hur önskvärdt det än vore, om man kunde ur begreppet neurastenie utbryta en särskild grupp, med bestämdt patologiskt-anatomiskt underlag, så har dock Glenards bevisförning ej lyckats att i allmänhet verka öfvertygande. Dock har hans framställning på flera håll väckt en synnerligen liflig uppmärksamhet och varit föremål för diskussion så väl i Frankrike som Tyskland.

De objektiva tecknen skulle vara den epigastriska pulsationen och förekomsten af den sammandragna colon transversum, liggande som en fingertjock sträng tvärs öfver ryggraden. Den förra iakttages ganska ofta under de mest olika förhållanden, och man kan väl för närvarande ej anse den vara något särskildt karakteristiskt tecken för något visst sjukdomstillstånd. Hvad åter palpationen af den strängformiga colon transversum beträffar, så torde det vara mera svårt att komma till något säkert resultat. Sjelf har jag vid undersökning af c:a 30 patienter, hvarvid jag särskildt riktat min uppmärksamhet på att söka finna denna "sträng", påträffat den blott en gång, och äfven då kunde jag ej med säkerhet afgöra om det verkligen var kolon. I flere af de berättelser, som anföras såsom typiska fall af enteroptos, finnes också ej omnämndt att man iakttagit densamma. Af de flesta berättelserna får man det intrycket, att det är resultatet af behandlingen som fastställt diagnosen.

Som exempel vill jag anförä ett fall beskrifvet af Cuilleret¹⁾, men der diagnosen blifvit satt af Glenard.

(Sjukdomsberättelse n:o 20. " Cuilleret.)

Dyspepsie; okomplicerad enteroptos; ingen néphros; névropathie (tecken till morb. Basedowi); betydlig förbättring efter 5 veckors behandling enligt Glénards metod (bukgördel, dagliga laxatifver; alkalier; diet; hydrothérapie).

G... (Philippine) 37 år, journalière. Inkom 21 Jan. 1888. Utgick 28 Febr. 1888.

¹⁾ l. c.

Fadern lefver, rheumatiker, lifligt lynne.

Modren mår mycket bra, nervöst och lättörddt temperament.

Två bröder kraftiga; tre systrar, yngre än patienten, lifliga och lättördda.

Anamnes: Vanligen god helse, mycket vexlande lynne. I ungdomen upprepade hysteriska anfall (crises).

Regleringen började vid 12 års ålder, har alltid varit regelbunden, särdeles riklig.

Ingen abort. För 10 år sedan födde hon barn; förlossningen normal och i rätt tid; efteråt måste hon ligga i ca 3 månader och kunde ej gå; hon gaf sjelf di åt sitt barn, som dog vid 3 månaders ålder af diarrhé.

Efter partus har hon aldrig känt sig må riktigt bra; till en början kände hon under lång tid obestämda obehag: svaghet, hufvudvärk, abnorm aptit, förstoppning, ofta congestioner åt ansigtet.

Sedan 4 år lider hon af hjertklappning, som kommer så väl vid hvila som rörelse och efter måltiderna, samt af andnöd vid ansträngning.

För två år sedan förkylde hon sig och blef i följd deraf sängliggande under nära 6 månader. I början lindrig hämoptysis.

Efter denna tid, d. v. s. sedan ungefär 18 månader, hafva de dyspeptiska besvären, plågorna i buken och de vexlande obehagen blifvit mera utpreglade: ihållande förstoppning, plågor efter måltiderna, sömnlöshet, neuralgier.

Sedan 6 månader mår hon bättre, men de dyspeptiska besvären fortfara.

Dessutom har hon på sista tiden varit behandlad för underlivslidande (2 cauteriseringar å cervix).

Status præsens:

Temligen godt hull; normal färg i ansigtet och å kroppen.

Hon har ett neuropatiskt ansigte, mycket rörligt; hon är mycket lättördd; ögonen äro lindrigt framspringande och glänsande. Hon har ingen struma, men hastig hjertverksamhet; hon har ingen darrning i händer och fötter (signe de Marie).

Man fäster genast uppmärksamheten vid de dyspeptiska besvären: aptiten är förminskad. Omkring en timma efter måltiden känner hon sur smak i munnen, tyngd i hufvudet, en känsla af tyngd och slitning i epigastrium och i korsryggen; hon är ofta tvungen att ligga flera timmar efter måltiderna. Kräkningar äro sällsynta. Hon kan ej alls fördraga feta saker ej heller stärkelseföda; mjölk, som hon förut fördrog väl och gerna tog, kan hon nu ej alls fördraga; hon är „uttröttad hvar gång hon druckit sådan“. Vin kan hon fördraga, men dricker deraf mycket lite.

Öppningarne äro än regelbundna, normala och dagliga, än mycket hårda och mera sparsamma; stundom förstoppning under 2 å 3 dagar.

Sedan någon tid somnar den sjuka aldrig före midnatt eller kl. 1 f. m.; hon har plågor i buken ända till denna tid; ofta händer det också att hon vaknar på natten i följd af obehag, såsom pyrosis, känsla af tyngd i epigastrium, kolikplågor, smärtor särskildt i högra hypokondriet och ländtrakten. Emellertid äro alla dessa symptom mindre utpräglade när hon ligger, än när hon är uppe.

Den upprätta ställningen är outhärdlig och gåendet förenadt med svåra plågor.

Undersökning af buken anger följande:

Främre bukväggen är slapp, lätt intryckbar. Palpation af fossa iliaca särskildt på höger sida framkallar betydlig, till och med outhärdlig smärta, likaså palpation af navel-

trakten. Palpation af hypokondriet enligt Glénard's metod påvisar ingen sänkning af vare sig njure eller lever. Lefverdämpningens utsträckning normal.

Patienten har utpräglade smärtpunkter vid beröring i epigastrium, under bröstet och å nedre delen af ryggen; inga andra hyperestetiska områden; tryck på dessa punkter åtföljes af hysteriska fenomen.

Inga symptom från ovarierna. Inga rubbningar af sensibiliteten.

Från lungorna ingenting.

Hjärtat: långsamma, regelbundna slag; sträf andra ton vid spetsen på en utsträckning från 3:dje till 5:te interstitiet; lätt præsystoliskt biljud.

Urinen: normal kvantitet; inga svårigheter vid urinkastning; hvarken ägghvita eller socker.

Hon underkastades följande behandling:

Tonica; bromkalium, 3 gm; alkaliska vatten. Denna behandling medförde ingen märkbar förbättring.

27 Januari. Dr Glénard undersöker den sjuka: han gör inför oss gördelprovet och contraprovet, hvilka lyckades alldeles afgjort. Den goda verkan var ögonblicklig, och hennes obehag (plågor, tyngd, svindel och qvälningar) återkomma, så snart man låter bukväggen åter sjunka ned.

28 Januari. Hon behandlades på följande sätt.

Hvarje morgon afförande medel:

vatten	100 gm
sulph. natr.	10 gm
sulph. magn.	5 gm

alkalier; ingen mjölk; kött och ägg.

31 Januari. Förstopningen tycks vara häfd, men de öfriga symptomen: sömnlöshet, smärtor i buken, det nedkomna tillståndet, den stora svårigheten att stödja på benen äro lika utpräglade som förut.

2 Februari. Anläggning af en bukördel enligt Glénard. Lindringen inträder ögonblickligen. Patienten, som de föregående dagarna kände sig nästan sjuk så snart hon var uppe, står upprät en lång stund. Hon är ej blott fri från obehag, utan hon känner ett betydligt välbehag, hvaröfver hon är mycket förvånad: „Hon har aldrig känt sig så, sedan mycket länge”, det var hennes egna ord.

Man fortsätter med de öfriga föreskrifterna; laxatif om morgonen:

vatten	100 gm
sulph. natr.	5 gm
sulph. magn.	3 gm

alkaliska vatten vid måltiderna; stekt kött och ägg; svafvelbad; på aftonen ett piller:

aloës	3 ctgm
Extr. Rhei	1 „

Från denna dag har den sjuka börjat vara uppe om dagarna, hvilket hon förut ej kunnat; hon har till och med utan att känna för stor trötthet kunnat gå några steg omkring i sjuksalen.

5 Februari. Denna morgon har hon varit utsatt för något, påminnande om gördelprovet. Då hon skulle bada lade hon bort gördeln innan hon gick in i badrummet; hon kände genast, och i badet svaga obehag; men då hon stigit ur badet tycktes hon förlora medvetandet; allt försvann dock som genom ett under så snart hon åter fått gördeln på sig.

15 Februari. Förbättringen är utpräglad, hon går och är uppe hela dagen. Förstoppningen är alldeles häfd; dessutom om hon ej på 24 timmar har öppning, så tages 1 à 2 glas Sedlizer-vatten.

Nätterna äro alldeles lugna, hon somnar tidigt och vaknar endast 1 à 2 gånger, kl. 11 och ibland kl. 4, men somnar genast igen.

Matsmältningen är ej åtföljd af något anmärkningsvärdt obehag, utom någon lindrig svettning och hetta. Inga kräkningar, inga smärtor i korsryggen.

28 Februari. Förbättringen fortfar och är betydlig. Hon begär få fara hem.

Cuilleret betraktar detta fall såsom typiskt för en okomplicerad enteroptos¹⁾, men för den som något mera opartiskt granskar berättelsen, torde diagnosen vara betydligt osäker och tvifvelaktig. Något objektift tecken till en sänkning af kolon finnes ej alls omnämndt, och dessutom fattas nästan all undersökning af digestionskanalen i sin helhet. En hysterisk patient, som lider af dyspeptiska besvär, blir under en månads vistelse på sjukhus behandlad med binda (för förslappning af bukväggen), med laxantia (för förstoppning) samt med diet och alkaliska vatten; derunder blir hon förbättrad, detta är väl det enda man af beskrifningen kan sluta till. Det är också i följd af behandlingens resultat som Cuilleret sätter diagnosen; han slutar sin berättelse med följande sentens: *naturam morborum ostendant curationes.*

Jag har endast varit i tillfälle att se en berättelse från en autopsie²⁾ af ett fall, der diagnosen var satt till enteroptos (närmaste dödsorsaken var akut pleurit); der fanns en sänkning af flexura coli dextra och en sammandragning af den venstra delen af kolon, således en enteroptos med enterostenos i Glenards mening. Men der fanns också en vertikalställd ventrikel, som med sin lägsta punkt nådde ned i fossa iliaca; det angifves att ventrikeln hade timglasform och "ej var anmärkningsvärdt förstorad", men det finnes ingen uppgift öfver hur den under lifvet funkionerat. Att den motoriska funktionen möjligen varit betydligt förminskad skulle man kunna sluta af beskrifningen i sjukdomsberättelsen: Pat. var ytterligt kakektisk, hade sedan två år oupphörliga kräkningar. Vid nedförande af en slang i magsäcken kom upp en stor mängd födoresster och slem, och efter sköljning kände hon synnerlig lindring. Den uppfattningen att i ett fall som detta nedsänkningen af kolon är att anse som det primära och väsentliga torde böra mottagas med försigtighet.

¹⁾ „Voilà un cas très net d'entéroptose pure, c'est à dire sans autre prolapsus viscéral que celui de l'intestin”

²⁾ Cuilleret l. c. sid. 1007

Glenard framhåller att fall med samtidig sänkning af flere organ ej äro sällsynta, och deri vill jag instämma. Sjelf har jag under 2 månader påträffat minst 30 fall bland 800 pat.; någon bestämd procent kan jag dock ej angifva, då jag ej kunnat närmare undersöka hvarje person, som kom till rådfrågning.

Enligt Glenard skulle den närmaste olägenheten af enteroptosen och splachnoptosen vara, att på flere ställen uppkom ett hinder för fortrörelsen af mag- och tarm-innehållet. De nervösa besvären skulle således vara här af beroende. Denna lära är ej ny, ty redan förut har man sökt utreda förhållandet mellan den habituella obstipationen och hypokondrien, och huruvida den senare skulle vara förorsakad af den förra (Leichtenstern ¹⁾ m. fl.), och Schroeder van der Kolk har redan före Glenard fäst stor vikt vid användningen af de olika laxermedlen.

Frågan om tarmen och dess förhållande till mera komplicerade symptom från nervsystemet har således länge varit föremål för undersökning, och svaret på densamma har utfallit på olika vis. För närvarande torde den uppfattningen vara den mest antagna, att rubbning särskildt af tarmens läge ej kan anses direkt orsaka svårare psykiska rubbningar, utan endast en del mera vaga obehag, såsom känsla af tyngd, spänning o. s. v. Men att dessa obestämda magbesvär för hypokondriskt och neurasteniskt anlagda kunna bilda utgångspunkten för deras sjukliga funderingar.

*

*

*

Behandlingen af den okomplicerade sänkningen af de särskilda organen blir i första hand rent mekanisk. Då den känsla af tyngd och obehag som lägeförändringen anses kunna medföra torde vara att tillskrifva den stramning och tånjning, som träffar peritoneum och dess ligamentapparat samt äfven möjligen en i följd deraf uppkommen rubbning af blodcirkulationen i organen, så har man försökt att häfva det onda genom att lyfta upp organet till dess normala plats. Till detta ändamål har man konstruerat åtskilliga bandager, olika för olika organ.

¹⁾ l. c. sidd 595 ff.

Dessa försök gällde oftast att söka fixera den rörliga njuren. Vanligen använde man en magbinda med en pelott af en eller annan form, men resultatet lemnade en del öfrigt att önska. Antingen satt bindan för löst och då gled den rörliga njuren förbi pelotten; satte man deremot bindan hårdare så hade pat. deraf ofta ett synnerligen stort obehag. Numera söker man konstruera bindan så att den ej direkt trycker på njuren, utan indirekt håller den på sin plats genom att lyfta upp bukväggen och inelfvorna, särskildt tarmarne. Trycket skall utöfvas på främre bukväggen från symfysen upp till höjd med naveln och verka uppåt och bakåt. Med denna metod anser man sig för närvarande få ganska goda resultat vid försöken att lyfta samtliga bukorganen.

Utgående från svårigheten att med bandage fixera den rörliga njuren har man äfven försökt med kirurgiskt ingrepp och dervid dels sytt fast njuren på dess rätta plats dels extirperat densamma. Att redogöra för indikationerna för dessa ligger utom planen för denna uppsats, jag vill därför blott nämna att det för närvarande synes som om ifvern, särskildt för exstirpationen af njuren, betydligt minskats, beroende på att man blifvit tveksam om hvilka och huru stora besvärligheter en rörlig njure verkligen förorsakar.

*

*

*

Med stöd af mina undersökningar och studier öfver bukorganens lägeförändringar anser jag mig kunna draga följande slutsatser:

Att en sådan lägeförändring, hvilken oftast består i en sänkning af organet, ej sällan förefinnes.

Att en okomplicerad lägeförändring som regel ej tyckes förorsaka några besvär, eller endast vaga sådana, yttrande sig såsom en obestämd känsla af tyngd och spänning i buken.

Att ehuru någon säker grund för det antagandet, att en lägeförändring, särskildt af kolon skulle kunna framkalla så svåra rubbningar inom nervsystemet som hypokondri och neurasteni, ej finnes, så kan dock ej förnekas att den för neuropatiskt anlagde stundom har stor betydelse i det just det obestämda i obehagen väcker deras ängslan och gifver dem en utgångspunkt för deras sjukliga tankar.

Att det kliniska fastställandet af en lägeförändring hos ett eller flera af bukens organ har stor praktisk betydelse, emedan den synes mycket ofta prædisponera till sjukliga förändringar af organen, stundom af synnerligen allvarsam art.

Att författarne derutinnan ofta gjort sig skyldiga till misstag, att de ansett lägeförändringen som sådan hafva förorsakat en del rubbningar, hvilka äro att tillskrifva i de dislocerade organen sekundärt uppträdande förändringar.

